

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNÉE : 2020

N° : 266

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

ERKEL Marie

Née le 04 juin 1988 à Forbach

INERTIE CLINIQUE ET RAPPORT SUBJECTIF AUX RECOMMANDATIONS

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séjamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• 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
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 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 Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
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)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 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	RP0 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	NRP0 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	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 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
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• 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	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 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	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 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	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 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	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP0 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 WOLFF Valérie P0001	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - 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

P0 : Pôle

RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (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

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

(3)

(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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO135		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 Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • 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 M0412 (En disponibilité)		• 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 AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
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 Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
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-YOUCEF 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
DELORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme DEPIENNE Christel M0400 (En disponibilité)	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)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
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
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
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)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	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)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
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 Haute-pierre	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 Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltgheim	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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
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)
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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
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
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
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)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
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 VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie 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 Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	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

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 GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr 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)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

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)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

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 JUNGER 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	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Eilise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• 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)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
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 / 2017-2018)
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)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
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) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
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	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

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 Haute-pierre** : 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
A 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 leurs 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.

REMERCIEMENTS**À mon Président du Jury, Monsieur le Professeur Thomas VOGEL,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Chacune de vos interventions est un enrichissement de par votre vision de la médecine et des soins à prodiguer aux patients.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER,

Votre rencontre a été décisive dans mon parcours professionnel ; vous m'avez enseigné l'Art de la médecine, la rigueur au service du patient. Vous m'avez sensibilisée à la notion d'inertie clinique et avez accepté de diriger mon travail. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse admiration.

À Monsieur le Docteur Aurélien GUFFROY,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour votre disponibilité. Recevez ici ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Anabel SANSELME,

Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité depuis le début de mon internat. Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

DÉDICACES

À mon grand Furtz et ma petite Mamoune, merci pour votre amour sans faille, votre présence quotidienne et votre grain de folie. Le chemin a été plus long que prévu mais j'espère que vous êtes fiers de moi.

À mon petit frère, Jean, pour ton soutien dans l'écriture de cette thèse mais avant tout pour tous ces beaux moments que nous partageons ensemble et notre si belle complicité. Je suis très fière d'être ta sœur. Sois heureux avec ta Petite !

À Papi et Mamie, pour tous ces merveilleux souvenirs que j'aurais aimé plus nombreux.

À Flavie et Broumie, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre famille.

À mes chers amis, sans lesquels toutes ces années n'auraient pas eu la même saveur. Merci à Guillaume, mon meilleur ami, pour ta présence au quotidien, à Arnaud, pour ta bienveillance et nos souvenirs de festoches, à (Guillaume) Eberst, le plus mosellan des francs-comtois à l'humour unique, à Lucas, pour la moulaga et les vodka-redbull, à Doudou, pour ta douce folie et nos folles soirées, à Thibault et notre soirée Père Noël, à Marc, champion de caps entre deux articles du New England. Longue vie au FMID !

À Suzy, merci pour tes mots réconfortants et ton soutien, dans les bons comme dans les mauvais moments, à Sarah, tu es une amie sincère et chère à mon cœur.

À Marie et notre future collaboration qui me réjouit. Merci pour ta présence au cours de ces derniers mois.

À Émile et Elias, Monsieur Propre et Langue de Velours, pour leur soutien de tous les jours pendant la rédaction de ma thèse.

Et à toi, Vianney, mon Amour, c'est avec toi que je construis mes plus beaux souvenirs. Puisse notre route être longue, que ma main ne lâche jamais la tienne.

Table des matières

INTRODUCTION	23
I. LA MEDECINE FACTUELLE	23
II. LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE	25
III. L'INERTIE CLINIQUE	29
MATERIEL ET METHODE	32
I. ÉTUDE.....	32
II. POPULATION	32
III. ENTRETIENS.....	33
IV. ANALYSE DES DONNEES	34
V. ÉTHIQUE	35
RÉSULTATS	36
I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	36
A. <i>Mode d'exercice</i>	36
B. <i>Âge et sexe</i>	39
II. DEGRE D'ADHESION DECLARE AUX RECOMMANDATIONS.....	40
III. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE.....	42
A. <i>Méthode</i>	42
i. Fréquence de lecture	42
ii. Moment de lecture	43
iii. Format de lecture	45
B. <i>Intérêt des recommandations</i>	46
i. Intérêt pour la recommandation.....	46
ii. Intérêt de la recommandation	49
C. <i>Frein à la lecture des recommandations</i>	51
i. Le temps.....	51
ii. La recommandation	51
iii. Spécialiste.....	52
iv. Confiance en ses pairs ou son expérience.....	53
v. Rester critique	54
vi. Enjeux financiers	54
vii. Sentiment de gouvernance.....	55
viii. Autres sources d'information	55
ix. Prise en charge de pathologies connues.....	55
x. Risque d'extrapolation fautive.....	56
xi. Manque d'assiduité assumé	56

D.	<i>Utilisation de la recommandation à but incitatif</i>	56
E.	<i>Application pratique de la recommandation</i>	57
F.	<i>Place de l'intuition et de l'expérience</i>	59
i.	L'expérience	59
ii.	Au cas par cas	61
G.	<i>Absence de preuve d'efficacité</i>	64
i.	Prescription	65
ii.	Enjeux financiers controversés	68
H.	<i>Prise en charge de la lombalgie commune</i>	68
i.	Pas de lecture de la recommandation.....	69
ii.	Lecture de la recommandation.....	70
I.	<i>Rémunération sur Objectifs de Santé Publique</i>	72
i.	En faveur.....	72
ii.	Contre la ROSP.....	74
IV.	INERTIE CLINIQUE	78
A.	<i>Facteurs d'inertie</i>	79
i.	Le patient	79
ii.	Le médecin.....	82
iii.	La clinique	85
iv.	Le temps.....	86
v.	Cadre de la pratique	87
vi.	La consultation libre	88
vii.	Le médecin remplaçant.....	88
B.	<i>Moyens de lutte contre l'inertie clinique</i>	89
i.	Action sur le praticien.....	89
ii.	Action sur le patient.....	92
iii.	La consultation.....	94
iv.	Moyens techniques	96
v.	Cadre administratif	97
C.	<i>Explications au patient en cas d'inertie clinique</i>	97
V.	RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE	99
A.	<i>Aspects positifs de la profession</i>	99
i.	Efficacité.....	100
ii.	Relation avec le patient.....	100
iii.	La profession	101
B.	<i>Aspects négatifs de la profession</i>	101
i.	La relation avec le patient.....	102
ii.	La profession	103
iii.	La crainte de « mal faire »	103
iv.	L'administratif	104
	DISCUSSION	105
I.	INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE	105
A.	<i>Intérêts</i>	105
i.	Pertinence du sujet.....	105
ii.	Échantillon.....	105
B.	<i>Limites</i>	106
i.	Biais de sélection	106
ii.	Biais d'évaluation	106
iii.	Biais d'interprétation	107

II.	DEGRE D'ADHESION.....	107
III.	RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE.....	108
A.	<i>Intérêt et lecture des recommandations</i>	108
i.	Lecture.....	108
ii.	Intérêt pour les recommandations.....	109
B.	<i>Frein à la lecture des recommandations</i>	111
C.	<i>Application pratique de la recommandation</i>	113
D.	<i>Place de l'expérience et de l'intuition</i>	114
E.	<i>L'absence de preuve d'efficacité</i>	115
F.	<i>Prise en charge de la lombalgie</i>	116
G.	<i>La ROSP</i>	118
IV.	L'INERTIE CLINIQUE.....	121
A.	<i>Le patient</i>	122
i.	Inertie.....	122
ii.	Moyens de lutte.....	124
B.	<i>Le médecin</i>	127
i.	Inertie.....	127
ii.	Moyens de lutte.....	130
C.	<i>La Clinique</i>	131
i.	Inertie.....	131
ii.	Moyens de Lutte.....	132
D.	<i>Le Temps</i>	134
i.	Inertie.....	134
ii.	Moyens de lutte.....	135
E.	<i>Les Recommandations</i>	136
i.	Inertie.....	136
ii.	Moyens de lutte.....	137
F.	<i>L'inertie du remplaçant</i>	137
G.	<i>Les moyens de lutte « techniques »</i>	138
V.	L'EPANOUISSEMENT.....	138
	CONCLUSION.....	142

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EBM	Evidence Based Medicine
ECR	Essai Clinique Randomisé
HAS	Haute Autorité de Santé
I	Informateur
LCA	Lecture Critique d'Article
RBP	Recommandation de Bonne Pratique
RMO	Référence Médicale Opposable
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RPC	Recommandation pour la Pratique Clinique

Liste des tableaux et figures

Figures

Figure 1 : La décision médicale	24
Figure 2 : Âge / Sexe	40
Figure 3 : Application pratique des recommandations selon adhésion, âge, exercice et sexe .	58
Figure 4 : Place de l'expérience dans la pratique	60
Figure 5 : Expérience au cas par cas	61
Figure 6 : Absence de preuve d'efficacité différent de preuve d'absence d'efficacité	65
Figure 7 : Prescription en l'absence de preuve d'efficacité	67
Figure 8 : Prise en charge de la lombalgie et lecture de la recommandation	69
Figure 9 : Prise en charge de la lombalgie commune en fonction de la lecture de la recommandation	71
Figure 10 : Adhésion à la ROSP	72
Figure 11 : Ressenti positif.....	99
Figure 12 : Ressenti négatif.....	102

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon	38
Tableau 2 : Adhésion aux recommandations de bonne pratique.....	41
Tableau 3 : Fréquence de lecture des recommandations.....	43
Tableau 4 : Réponses contradictoires / Application pratique des recommandations	59
Tableau 5 : Prescription en l'absence de preuve d'efficacité.....	66

Liste des annexes

Annexe 1 Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

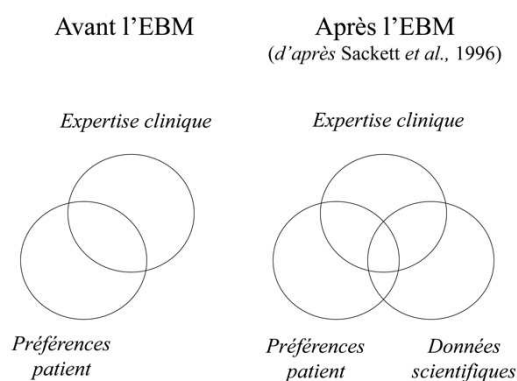
INTRODUCTION

I. La médecine factuelle

Méthode d'enseignement dans les années 80 (1), l'Evidence Based Medicine (EBM) ou médecine factuelle est aujourd'hui considérée comme une nouvelle manière de pratiquer la médecine.

Dans les années 90, de nombreux auteurs en viennent à la considérer comme un moyen de lutte contre les limites de la décision médicale « traditionnelle ». Guyatt en fait mention sous cette forme pour la première fois en 1992, dans son article principes (2). La volonté de ce mouvement est de promouvoir l'usage de données scientifiques prouvées au profit d'une meilleure prise en charge des malades, et ce à un meilleur coût. Le praticien se devra alors d'acquérir de nouvelles compétences qu'il lui faudra développer dans sa pratique.

Quelques années plus tard, Sackett définit les limites de la médecine factuelle : si le praticien se doit de rechercher les meilleures preuves disponibles, il se doit également d'en proposer une utilisation judicieuse au service d'une prise en charge individualisée (3). Les données de la science restent ainsi indissociables de l'expertise clinique individuelle, et inversement.



La figure 1 (4) présente, à droite, la décision médicale optimale. Celle-ci se doit de combiner trois facteurs : l'expertise clinique, les préférences du patient et les meilleures données de la science.

Ces dernières sont pour la plupart issues d'essais cliniques randomisés (ECR), outils méthodologiques de prédilection de la médecine factuelle. L'ECR se propose de comparer l'efficacité d'un traitement sur deux groupes de patients « moyens », représentatifs de la population et constitués de façon aléatoire (5). Ces patients sont sélectionnés selon certains critères que choisira le chercheur.

Si l'EBM représente un nouveau paradigme pour certains auteurs, il ne tarde pas à affronter les critiques, et ce dès 1996, où il sera taxé de « *prétendue supériorité d'une connaissance factuelle, statistique, impersonnelle et soi-disant objective* » (6).

De nombreuses accusations sont ainsi portées à la médecine factuelle. D'une part, on lui reproche de réduire ses recherches à un patient « moyen » à travers la production d'essais cliniques randomisés. Or, le médecin fait face à un malade singulier, qui bien souvent diffère de la population étudiée. Le praticien est alors contraint d'adapter la « preuve », au risque d'une extrapolation fautive susceptible de nuire au patient (7). Ses détracteurs mettent encore en avant les zones grises générées par la dictature des ECR et, une fois de plus, mettent en doute la légitimité de ces derniers (8).

D'autre part, les essais cliniques sont pour la plupart financés par l'industrie pharmaceutique (9). A cet égard, une publication avançait que 75 % des études publiées dans des revues médicales prestigieuses, comme le Lancet ou le JAMA, seraient financées par des groupes commerciaux (10). Ainsi, si ces études sont subventionnées, le médecin ne peut que s'interroger sur l'objectivité du chercheur, mais également l'efficacité réelle du produit évalué, d'autant plus lorsque l'on sait que les essais sponsorisés recommandent 5,3 fois plus le produit évalué (11).

Les détracteurs de la médecine factuelle opposent encore à la « preuve » son caractère transitoire et faillible face à des connaissances médicales en constante évolution (4). De plus, la recherche est motivée par le désir et les valeurs du scientifique : « *les faits ne naissent pas seuls* » (7).

II. Les recommandations de bonne pratique

En France, les recommandations de bonne pratique (RBP) émanent du mouvement initié par la médecine factuelle mais en représentent également la mise en application.

À la fin des années 80, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) est créée avec pour mission parmi d'autres, de diffuser les recommandations de bonne pratique (12) élaborées par les sociétés savantes.

En 1993, la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie (dite loi Teulade) introduit une première mesure normative : les Références

Médicales Opposables (RMO), élaborées à partir des recommandations. Les RMO constituent des outils de sanction afin de répondre à « des critères de transparence, de conformité aux données actuelles de la science, de qualité et de sécurité des soins » (13). Plutôt que de recommander un traitement, elles identifient les soins ou traitements dangereux et indiquent au praticien un ensemble de contre-indications. Elles marquent ainsi le premier pas vers une forme de gouvernementalité en entravant la liberté des praticiens dans leurs prescriptions (14).

Si l'objectif premier était bel et bien la maîtrise des dépenses de santé, le bilan du dispositif reste modeste. En effet, en 1994, une étude conduite sur dix RMO indique une économie de 0,14 % du coût de la prescription pharmaceutique des médecins en cas de suivi des références (13).

Ces dernières seront finalement abandonnées face au rejet massif que leur oppose la communauté médicale.

En 1996, l'ANDEM, agence privée, devient l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), établissement public, puis la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004 (13). Cette dernière reprend les missions de l'ANAES et s'en voit attribuer d'autres. Ainsi, ses objectifs sont l'accréditation des établissements de santé, la diffusion des recommandations de bonne pratique ou encore la formation continue des professionnels de santé (15).

Si la HAS ne produit pas toutes les recommandations, elle fait « *figure de point de passage obligé* » (13) et les valide au travers de groupes de travail qui réunissent un certain nombre d'experts.

L'objectif des recommandations est triple et, à cet égard, renvoie à l'EBM. En effet, il s'agit d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter la satisfaction des patients tout en optimisant les dépenses de santé (16). La HAS les définit comme des « *synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné qui ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement* » (17). Le praticien se voit ainsi proposer des outils qui, en plus de maîtriser les coûts, permettront de réduire la variabilité des pratiques médicales, et ce bien souvent au détriment de son « *discernement* ».

Si, dans l'Antiquité, le médecin tenait son autorité des Dieux (18), il est aujourd'hui contraint par les instances publiques. La pratique de la médecine ne se fonde plus uniquement sur l'expérience et l'observation, mais se veut restreinte par l'utilisation d'instruments gouvernementaux au service de l'efficience.

À l'instar de la médecine factuelle, de nombreuses voix n'ont pas tardé à s'élever contre les recommandations.

Pour les praticiens, la problématique est double (19) : ils se doivent de réaliser la synthèse critique d'un très grand nombre de données en constante croissance. De plus, le médecin se doit de comprendre la situation singulière du patient qui se présente devant lui, et d'en identifier l'issue parmi l'ensemble des ressources à sa disposition. La problématique est parfois complexe pour les omnipraticiens, d'autant plus lorsque l'on sait qu'une consultation en médecine générale peut être motivée par 250 problèmes de santé (20). Or, bien souvent, le temps vient à manquer à ces médecins qui pratiquent une médecine de proximité dans une relation de soins singulière, loin des « *balises de l'institution hospitalière* » (21).

Au-delà de cet aspect pratique, d'autres auteurs s'interrogent sur la légitimité de l'autorité à l'origine des recommandations. En effet, lors de l'élaboration des RBP, différents groupes de travail sont constitués. Ces experts doivent alors déclarer tout conflit d'intérêt susceptible d'influencer leur objectivité. Ces déclarations sont ensuite accessibles publiquement sur le site de la HAS (22).

Trois recommandations ont ainsi été abrogées suite au recours introduit devant le Conseil d'État par l'association pour une formation médicale indépendante (association FormIndep). La requérante se revendique comme un collectif engagé « *pour une médecine fondée sur les meilleures preuves scientifiques et le seul intérêt du patient* ». Sa volonté est ainsi de développer l'esprit critique (23). FormIndep a ainsi déposé une première requête contre la HAS dans le cadre de la recommandation sur le diabète de type 2, publiée en 2006, devant l'omission de nombreuses déclarations d'intérêt. Le collectif a également mis en lumière les liens d'intérêt entre les experts qui ont participé à l'élaboration de la recommandation sur la maladie d'Alzheimer de 2009, et des laboratoires impliqués dans la commercialisation de traitements pour les troubles mnésiques (24). Plus récemment, une recommandation sur les dyslipidémies a été abrogée pour le même motif (25).

Si certaines critiques peuvent ainsi être opposées aux recommandations, il incombe néanmoins au praticien une obligation de moyens, et c'est dans ce « fossé » qui sépare les faits de la pratique (19) que naît l'inertie clinique.

III. L'inertie clinique

En 2001, Lawrence Philipps et al emploient pour la première fois le terme d'inertie clinique. Ils la définissent comme l'échec de la part des professionnels de santé à majorer un traitement alors qu'une telle intensification est indiquée : « *recognition of the problem, but failure to act* » (26).

Les auteurs avancent trois causes à l'inertie clinique. Ainsi, les praticiens surestimeraient la qualité des soins qu'ils prodiguent à leurs patients et opposeraient des « *soft reasons* » ou raisons « molles » à l'inertie clinique, comme par exemple la non-observance du patient. Enfin, les médecins souffriraient d'un manque de formation au concept de titration médicamenteuse et d'objectif thérapeutique.

Depuis cet article princeps, l'inertie clinique a fait parler d'elle. À tel point qu'en mai 2018, on recensait plus de 1000 articles médicaux à son sujet sur la base de recherche PubMed (27).

Face à ce phénomène, les pouvoirs publics français se sont saisis du problème et les recommandations se sont développées afin de « *normaliser la décision thérapeutique* » (28). Plusieurs études ont ainsi cherché à démontrer ces écarts à la norme. À cet égard, l'étude FLASH, menée en 2015, observait un contrôle tensionnel chez seulement 55 % des patients hypertendus traités (29).

Pour Gérard Reach, le médecin fait preuve d'inertie lorsqu'il connaît la recommandation qui s'applique à son patient mais ne l'applique pas pour autant (19). Il distingue également l'inertie clinique de l'ignorance de la norme et de l'inaction appropriée, lorsque le médecin juge que la

recommandation ne peut être appliquée à son patient. Dans ce dernier cas, il fait preuve au contraire du discernement prôné par la HAS (17).

Les facteurs qui poussent le praticien à l'inertie seraient néanmoins nombreux : demandes compétitives, effet « blouse blanche », non-observance du patient, désintérêt du praticien pour les recommandations, manque de temps (19), etc...

Ce dernier point, rapporté dans de nombreuses études, semble avoir plusieurs fondements. En effet, en raison d'un manque de temps, le praticien peut manquer d'assiduité dans sa lecture des recommandations, elle-même chronophage ; il peut aussi manquer de temps lors de ses consultations, ce qui l'amènera inmanquablement à faire preuve d'inertie clinique.

Or, il est aujourd'hui de plus en plus difficile pour le médecin de maîtriser un ensemble de connaissances médicales qui ne cesse de croître, et de choisir dans le même temps la prise en charge la plus adaptée à son patient (4). De plus, si les pratiques tendent à se « normaliser », la situation du malade reste unique et « *le médecin n'exerce la médecine que sur des cas particuliers* » (30). Les recommandations semblent ainsi vouloir substituer le suivi de la maladie à celui du malade (28) et, plutôt que de servir son patient, le médecin deviendrait alors l'agent de la société. Aussi, si les grandes études cherchent à répondre à une question, le médecin, lui, fait face à une situation plus complexe (31) et c'est précisément dans ce hiatus que semble naître l'inertie clinique.

Face à ce constat, il apparaît que l'inertie clinique « *impose une réflexion sur la significativité* » de la médecine fondée sur les preuves (32) en cela que la manière dont elle est perçue

généralement discrédite l'expertise clinique individuelle. Cette dernière donnée est pourtant l'un des trois piliers de l'EBM selon Sackett.

Nous nous sommes alors interrogés quant au point de vue du praticien : quelle perception a-t-il des recommandations, ou plus largement, de la médecine factuelle ? Si le praticien adhère aux recommandations, ne sera-t-il pas plus enclin à les appliquer dans sa pratique, et à lutter ainsi contre l'inertie clinique ? Face à ces normes qui imposent désormais au praticien une forme de gouvernementalité, peut-il encore s'épanouir et éprouver du plaisir dans sa pratique ?

À travers notre travail, nous avons souhaité comprendre les déterminants de l'inertie clinique à travers l'intérêt et l'adhésion qu'affichent les praticiens aux recommandations.

MATERIEL ET METHODE

I. Étude

Nous avons réalisé une étude qualitative dans les départements de la Moselle et du Bas-Rhin à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs.

Nous avons choisi cette zone géographique car elle constitue notre zone d'exercice.

L'étude s'est déroulée de novembre 2019 à mars 2020.

II. Population

Nous nous sommes intéressée à des médecins généralistes libéraux, thésés, installés ou remplaçants. Les premiers médecins interrogés dans le cadre de l'étude étaient connus de l'interrogateur ; les suivants ont été sélectionnés par la méthode du « Snowball Sampling » (boule de neige), méthode d'échantillonnage non probabiliste. En effet, les premiers sujets interrogés nous ont recommandé des confrères ; cela nous a ainsi menés à la sélection des sujets suivants. Dans l'intention de limiter le biais de sélection et d'obtenir un échantillon représentatif de la population, les sujets ont néanmoins été sélectionnés selon la pertinence de certains critères. En effet, afin d'obtenir un échantillon diversifié, le recrutement s'est déroulé progressivement et les praticiens ont été sélectionnés selon leur âge, leur mode d'exercice ou encore leur sexe.

On relèvera qu'aucun des médecins interrogés n'était impliqué au niveau universitaire.

Les critères d'inclusion impliquaient donc d'exercer la médecine générale de façon libérale, dans les départements de la Moselle ou du Bas-Rhin, et d'être thésé et/ou installé.

III. Entretiens

Nous avons mené des entretiens individuels, semi-directifs, à l'aide d'une grille d'entretien. Ces entretiens se sont déroulés au sein du cabinet des praticiens interrogés ou à leur domicile. Un entretien s'est déroulé au domicile de l'interrogateur. Tous ont eu lieu en dehors des horaires de consultation.

La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés *via* le logiciel Garage Band® après obtention de l'accord verbal des participants. Ils ont tous été retranscrits de façon anonyme sur le logiciel Microsoft Word®. Certaines données n'ont pas été retranscrites à la demande de l'un des informateurs. L'extraction des données a été réalisée *via* le logiciel Microsoft Excel®.

La grille d'entretien était composée de questions ouvertes, afin de permettre au praticien de s'exprimer ouvertement. Elle était constituée de trois parties : l'intérêt pour les recommandations de bonne pratique, l'inertie clinique et enfin le ressenti du médecin généraliste. Ce découpage a été choisi afin de comprendre l'intérêt du praticien pour les recommandations de bonne pratique et d'adapter la grille d'entretien en fonction des réponses apportées par les informateurs.

Certains entretiens n'ont pas suivi la grille d'entretien afin de respecter le cheminement de la pensée du praticien interrogé.

Quelques modifications ont été apportées à la grille d'entretien au fur et à mesure de l'enquête afin de mieux appréhender la relation de l'informateur aux recommandations de bonne pratique.

L'enquête s'est poursuivie jusqu'à obtention d'une saturation des données.

IV. Analyse des données

Pour cette étude, nous avons fait le choix de l'analyse thématique. En effet, cette méthode nous a menés au codage des documents, dans une démarche descriptive, puis interprétative. Le raisonnement, de type inductif, nous a permis d'extraire des idées générales à partir de plusieurs faits particuliers.

Notre analyse a consisté en trois étapes : le recueil des données, la thématisation, puis la catégorisation.

Ce travail de thématisation a été conduit en binôme avec Jean Erkel, avocat, afin de permettre une triangulation des données et de limiter la subjectivité de l'interrogateur.

Nous avons ensuite analysé les données selon quatre variables qui nous ont semblé opportunes au vu de la littérature : le degré d'adhésion déclaré à la recommandation, l'âge, le mode d'exercice et le sexe.

Trois groupes relatifs à l'âge ont ainsi été constitués. Le premier groupe regroupe les dix médecins qui ont terminé leur internat avant 2004, date de création de la Haute Autorité de Santé. Le second groupe est constitué de quatre praticiens dont l'internat a pris fin entre 2004 et 2012, année d'introduction de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Enfin, un dernier groupe rassemble les cinq praticiens pour lesquels l'internat s'est terminé en 2015 ou 2016.

V. Éthique

Ce travail de thèse respecte la charte de protection des données personnelles.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

Vingt et un praticiens ont été contactés ; un médecin n'a pas donné suite à notre demande d'entretien, un second a finalement refusé l'entretien en raison d'un manque de temps. Au total, ce sont dix-neuf médecins généralistes qui ont été interviewés.

A. Mode d'exercice

Parmi ces dix-neuf praticiens, on compte quatre médecins remplaçants. Il s'agit des entretiens n° 3, 8, 16 et 17.

Le praticien 11 exerce seul, sans secrétariat, ni informatique et sur consultations libres exclusivement.

Le praticien 15 exerce seul, avec une secrétaire. Il possède un support informatique et propose une plage hebdomadaire de consultations sur rendez-vous. Le reste de ses consultations est libre.

Le praticien 14 exerce seul, sans secrétariat mais avec une installation informatique récente. Il exerce exclusivement sur consultations libres.

Les douze autres praticiens exercent tous en cabinet de groupe.

Le praticien 19 dispose d'un secrétariat présentiel le matin. Il exerce sur rendez-vous et avec un support informatique.

Les praticiens 2, 12, 13 et 18 disposent d'un secrétariat à distance. Ils proposent des plages de consultations libres et sur rendez-vous, et disposent tous d'un support informatique.

Les praticiens 1, 4, 5, 6, 7, 9 et 10 disposent tous d'un secrétariat présentiel et d'un support informatique. Ils exercent tous sur rendez-vous. Le praticien 7 propose une matinée sur consultations libres par semaine.

L'ensemble des praticiens interrogés exerce en secteur libéral avec une activité conventionnée en secteur 1. Les praticiens 13 et 15 ont une activité annexe ; le premier en hypnose et le second de médecin sapeur-pompier.

Aucun des médecins interrogés n'exerce dans le milieu universitaire.

Plusieurs médecins ont été contrôlés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou par le Conseil de l'Ordre des Médecins. Le praticien 11 a ainsi été contrôlé par la CPAM pour prescription abusive de médicaments avec la mention « *Non Substituable* ». Les praticiens 13, 15 et 19 ont été convoqués par la CPAM et confrontés à un médecin conseil pour prescription abusive d'arrêts de travail. Une plainte a été déposée au Conseil de l'Ordre à l'encontre du praticien 9.

Le praticien 18 a souffert d'un « *burn out* », ce qui l'a conduit à modifier sa pratique.

Les caractéristiques de l'échantillon sont ordonnées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

ENTRETIEN	ANNÉE DE FIN D'INTERNAT	SEXE	MODE D'EXERCICE
1	2011	F	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
2	2015	H	Groupe / Secrétariat à distance / Libre et RDV / Informatique
3	2015	F	Remplaçante
4	2001	F	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
5	1987		Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
6	1993	H	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous
7	2002	F	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
8	2015	H	Remplaçant
9	2011	F	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
10	1984	F	Groupe / Secrétariat / Rendez-vous / Informatique
11	1982	H	Seul / Pas de secrétariat / Libre / Pas d'informatique
12	2006	H	Groupe / Secrétariat à distance / Libre et RDV / Informatique
13	2000	F	Groupe / Secrétariat à distance / Libre et RDV / Informatique
14	2006	F	Seule / Pas de secrétariat / Libre / Informatique

15	1986	H	Seule / Secrétariat / Libre avec une plage de RDV / Informatique
16	2015	F	Remplaçante
17	2016	H	Remplaçant
18	2001	F	Groupe / Secrétariat à distance / Rendez-vous / Informatique
19	1991	H	Groupe / Secrétariat le matin / Rendez-vous / Informatique

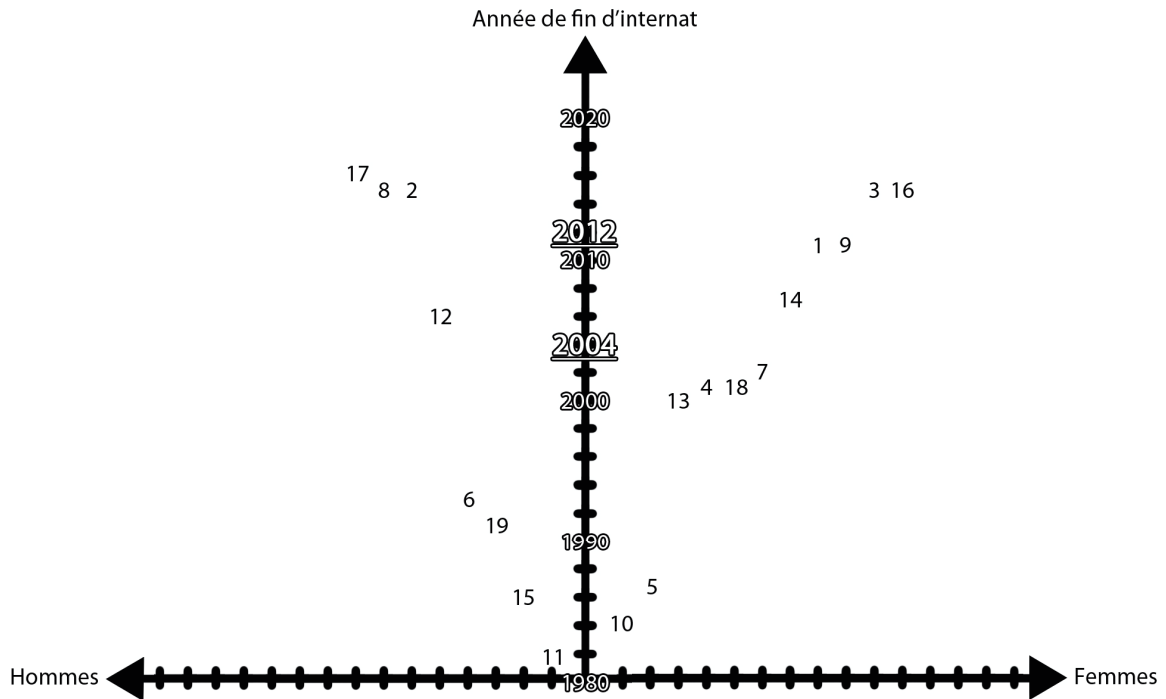
B. Âge et sexe

Nous avons choisi comme critère temporel la dernière année d'internat. Celle-ci s'étendait de 1982 à 2016. L'année moyenne de fin d'internat est l'année 2002 et est identique à l'année médiane de fin d'internat. On compte ainsi sept médecins de moins de 40 ans contre douze médecins de plus de 40 ans.

Notre échantillon est constitué de onze femmes et de huit hommes. Les femmes avaient, en moyenne, terminé leur internat en 2003, les hommes en 2000.

La figure 2 présente un croisement de ces données.

Figure 2 : Âge / Sexe



II. Degré d'adhésion déclaré aux recommandations

Trois degrés d'adhésion se sont dégagés lors de l'analyse des données, selon l'adhésion « déclarée » par les praticiens couplée à l'intérêt qu'ils portent aux RBP. Cette catégorisation par degrés d'adhésion nous a permis de dégager certaines tendances dans l'utilisation des recommandations, mais également de mieux appréhender l'inertie clinique dont les praticiens peuvent faire preuve.

Ces groupes sont présentés dans le tableau 2.

Dans le groupe FORTE ADHÉSION, on relève ainsi par exemple l'informateur 4 (I.4) : « *c'est quelque chose auquel je mets de l'importance* », ou encore par l'I.7 : « *c'est une bonne chose, [...], j'essaye vraiment d'y coller* ».

Dans le groupe ADHÉSION PARTIELLE, les propos sont plus nuancés. En effet, l'I.10 rapportait : « *c'est une piste, [...], une conduite à tenir qui me donne une idée* ». Quant à l'I.14, elle précisait : « *c'est pas quelque chose que je vais écouter à 100%, comme des œillères* ».

Dans le groupe FAIBLE ADHÉSION, l'I.6 reconnaissait : « *je suis pas persuadé que ce soit les recommandations, notamment HAS, qui sont la plus grande source d'information pour moi, [...], je fais pas toujours des choses très recommandées* » et l'I.9 : « *moi, de toutes façons, je ne lis pas les reco* ».

Parmi ces cinq praticiens, trois ont reconnu ne pas lire les RBP : il s'agit des praticiens 11, 18 et 19. Les praticiens 6 et 9 ont indiqué ne s'intéresser aux recommandations que face à un échec pour le premier, une difficulté diagnostique pour le second.

Tableau 2 : Adhésion aux recommandations de bonne pratique

FORTE ADHÉSION - "base de l'exercice" / "utilisation quotidienne"	ADHÉSION PARTIELLE	FAIBLE ADHÉSION
I.1 - F 2011, groupe, secrétariat, RDV, informatique	5. F 1987, groupe, secrétariat, RDV, informatique	I.6 - H 1993, groupe, secrétariat, RDV, informatique
I.2 - H 2015, groupe, secrétariat à distance, RDV/libre, informatique		I.9 - F 2011, groupe, secrétariat, RDV, informatique Plainte au Conseil de l'Ordre
I.3 - F 2015, remplaçante	I.10 - F 1984, groupe, secrétariat, RDV, informatique	I.11 - H 1982, seul, pas de secrétariat, libre, pas d'informatique Contrôle Caisse
I.4 - F 2001, groupe, secrétariat, RDV, informatique		I.13 - F 2000, groupe, secrétariat à distance, RDV / libre, informatique Contrôle Caisse
I.7 - F 2002, groupe, secrétariat, RDV/une plage libre, informatique		I.18 - F 2001, groupe, secrétariat à distance, RDV, informatique Burn Out
I.8 - H 2015, remplaçant	I.14 - F 2007, seule, pas de secrétariat, libre, informatique	I.19 - H 1991, groupe, secrétariat le matin, RDV, informatique partiel Contrôle Caisse
I.12 - H 2006, groupe, secrétariat à distance, RDV/libre, informatique		
I.15 - H 1986, seul, secrétariat, libre/une plage RDV, informatique - Contrôle Caisse		
I.16 - F 2015, remplaçante		
I.17 - H 2016, remplaçant		

Au total, nous disposons d'un échantillon très diversifié par rapport aux différentes caractéristiques dont on peut faire l'hypothèse qu'elles influencent l'usage que font les médecins des recommandations.

III. Recommandations de bonne pratique

Dans un premier temps, nous avons interrogé les médecins sur leur intérêt pour les RBP, et nous nous sommes intéressée aux modalités de lecture de ces dernières.

A. Méthode

i. *Fréquence de lecture*

L'antibiothérapie constitue un motif de recherche quotidien pour le tiers des informateurs, dont une majorité de femmes. En effet, six des dix-neuf praticiens interrogés ont reconnu effectuer une recherche quotidienne avant une prescription d'antibiotiques. L'I.1 nous confiait ainsi : *« pour ce qui est de l'antibiothérapie, comme il faut réagir assez rapidement, ça je regarde directement »* ; quant à l'I.16, elle indiquait : *« pour les antibios, à chaque fois que je prescris un antibio, je les revois toujours [...] vu qu'entre-temps elles peuvent avoir changé et que je suis pas toujours au courant »*.

La fréquence de lecture est variable selon les praticiens. Elle est présentée dans le tableau 3. Quand trois avouaient ne lire aucune recommandation comme par exemple l'I.11 : *« je vis sur mes acquis et j'essayerai de me débrouiller comme ça jusqu'à la fin »*, ou encore l'I.18 : *« j'me laisse un petit peu porter par rapport à mes pratiques »* ; d'autres se limitaient à la recherche

d'une information manquante, comme l'I.9 : « *quand je cherche vraiment une info qui me manque* ».

Pour douze des praticiens interrogés, parmi lesquels huit femmes, la lecture peut être hebdomadaire, régulière, ou encore bimestriel. L'I.4 nous confiait lire les RBP « *de manière assez fréquente* », l'I.7 « *une fois tous les deux mois* » et l'I.12 « *plusieurs fois dans la semaine, pas forcément tous les jours* ».

Tableau 3 : Fréquence de lecture des recommandations

FRÉQUENCE DE LECTURE	11. H 1982, seul Contrôle Caisse	10. F 1984, groupe	15. H 1986, seul Contrôle Caisse	5. F 1987, groupe	19. H 1991, groupe Contrôle Caisse	6. H 1993, groupe	13. F 2000, groupe Contrôle Caisse	4. F 2001, groupe	18. F 2001, groupe Burn Out	7. F 2002, groupe	12. H 2006, groupe	14. F 2007, seule	1. F 2011, groupe	9. F 2011, groupe Plainte au Conseil de l'Ordre	2. H 2015, groupe	3. F 2015, remplaçante	8. H 2015, remplaçant	16. F 2015, remplaçante	17. H 2016, remplaçant	TOTAL
HEBDOMADAIRE			1								1	1						1		4
RÉGULIÈRE / FRÉQUENTE				1			1	1					1		1	1			1	7
BIMESTRIEL									1											1
LIMITÉ À RECHERCHE D'UNE INFORMATION MANQUANTE		1				1								1			1			4
PAS DE LECTURE	1				1				1											3

FAIBLE ADHÉSION	ADHÉSION PARTIELLE	FORTE ADHÉSION
-----------------	--------------------	----------------

Trois informateurs, parmi les praticiens les plus âgés, ont déclaré ne pas lire les RBP. Ces derniers exercent seuls, ou en groupe avec secrétariat à distance.

Une revue systématique des recommandations n'est réalisée que par un seul des praticiens interrogés.

Il s'agit de l'I.16, jeune remplaçante, qui nous confiait : « *finalement, je regarde quand même au moins une fois dans la semaine des reco* ».

ii. *Moment de lecture*

Les seize médecins concernés par les recommandations (les trois praticiens qui ne lisent pas les recommandations n'ont pas été inclus) indiquent les lire **pendant leur temps libre**.

Ainsi, l'I.2 disait consulter la recommandation « *dans mon temps libre chez moi* » ; quant à l'I.8, il indiquait lire cette dernière : « *quand j'ai un peu plus de temps, donc entre midi et deux, ou le soir* ».

L'I.12 ajoutait procéder parfois à une lecture des RBP **en amont des consultations** lorsque cela est possible : « *quand, je sais, par exemple, déjà pour quelle raison, le patient a rendez-vous par exemple, il peut m'arriver de revoir un peu, ben justement, les recommandations parce que je sais par anticipation, ce qu'il va falloir un peu faire* ».

Si l'I.13 lit également les recommandations sur son temps libre, elle privilégie les recherches **pendant le temps de consultation** : « *oh souvent face au patient* ».

Neuf des médecins interrogés peuvent ainsi rechercher la recommandation pertinente pendant la consultation selon différents critères.

L'antibiothérapie fait systématiquement l'objet d'une recherche pendant la consultation.

À cet égard, l'I.7 rapportait : « *Antiboclic, ça c'est du courant, ça peut être du quotidien en fonction du besoin* ». L'I.16 précisait quant à elle : « *pour les antibiotiques, à chaque fois que je prescris un antibio, je les revois, toujours* ».

Le temps est un facteur limitant la recherche pendant la consultation.

L'I.4 nous confiait : « *si c'est quelque chose où je me dis, ça va être rapide, je vais la chercher pendant la consulte* » ; l'I.3 indiquait pour sa part : « *ça dépend aussi après du timing de la consulte et du timing de la journée* ».

Enfin, le **caractère urgent** ou la **complexité d'un cas** peuvent pousser le praticien à rechercher la recommandation adaptée au cours de la consultation. C'est le cas de l'ensemble des médecins remplaçants, mais également d'une majorité de femmes et de praticiens qui exercent en groupe. Ainsi, l'I.17 recherche la RBP face au patient : « *si j'ai un doute médical lors d'une consultation, ou je sais pas comment traiter une maladie* », et l'I.8 précisait « *éventuellement, quand j'ai vraiment un doute* ».

iii. **Format de lecture**

L'ensemble des seize praticiens concerné par les recommandations ne s'intéresse qu'au **résumé** de ces dernières dans un premier temps.

Ainsi, l'I.4, femme d'âge moyen, confessait : « *je pense que je lis le résumé* ». De même, l'I.15 indiquait ne lire que « *le résumé, de façon systématique* ».

Quatre praticiens, bien que se décrivant comme adhérents à la recommandation, ne lisent celle-ci dans son intégralité que selon certains critères comme **l'intérêt pour la RBP**, **le temps** ou encore **la densité du texte**.

Ainsi, l'I.4 rapportait : « *si c'est un truc qui m'intéresse de manière plus précise, je vais peut-être la lire en entier* ». L'I.17, jeune remplaçant, indiquait quant à lui : « *si je vois que dans le résumé, il y a des éléments qui peuvent m'intéresser, j'approfondis sur la recommandation* ».

L'I.7 nous précisait : « *si c'est un truc relativement court, je le lis en entier* ».

Enfin, l'I.8 indiquait ne lire la recommandation en entier que s'il en avait le temps : « *quand j'ai le temps, entre midi et deux, ou le soir, je regarde la recommandation en entier* ».

En définitive, l'I.16 apparaît comme étant le seul praticien à lire les recommandations dans leur intégralité. Elle précisait à cet égard : « *quand je la lis, la première fois, je la lis en entier toujours* ».

B. Intérêt des recommandations

i. *Intérêt pour la recommandation*

Certains praticiens recherchent la recommandation **selon leur pratique quotidienne**, et ne s'y intéressent, la plupart du temps, qu'au regard d'une difficulté diagnostique ou d'un cas particulier. C'est le cas de quinze des dix-neuf praticiens interrogés, dont une majorité de femmes ou de médecins qui se déclarent comme adhérents aux recommandations, mais également de l'ensemble des remplaçants et des praticiens les plus jeunes.

L'I.8 reconnaissait à cet égard, « *c'est vrai qu'on devrait pas les regarder uniquement quand on a un problème* » ; quant à l'I.10, elle indiquait : « *c'est quand on a des choses dans des cas plus rares ou qu'on n'a pas l'habitude de traiter au quotidien que je vais voir en fait* ». L'I.14 nous confiait consulter les recommandations « *quand j'en ai besoin* ». L'I.9 et l'I.7 précisaient respectivement s'intéresser aux recommandations : « *quand je cherche vraiment une info qui me manque* » et « *par rapport à ma pratique* ».

Un seul praticien, parmi les plus âgés, a indiqué rechercher la recommandation uniquement face à des **échecs rencontrés dans sa pratique**. Il disait ainsi se former « *pour répondre à une incompétence claire* » (I.6).

Certains praticiens disent garder un **sentiment de liberté** dans leur pratique. Les praticiens les plus âgés n'ont quant à eux pas évoqué cette notion de liberté.

Quatre d'entre eux nous ont confié ne pas se sentir gouvernés par la recommandation dans leur pratique, par exemple : « *non, ça me rend pas malade si je suis pas les reco, tant que ça n'induit pas de danger pour le patient* » (I.8, remplaçant), ou encore : « *on a quand même une certaine liberté de pratique* » (I.12, homme d'âge moyen).

Dans le même sens, les recommandations gardent ouvert le champ de la médecine intuitive pour les praticiens 1 et 3, qui rapportaient respectivement : « *ça reste des recommandations, t'es pas obligé d'y coller à 100%* » et « *on est libre de le suivre ou pas, ces fameuses recommandations* ».

Cinq médecins associent leur intérêt pour les recommandations à l'**enseignement dispensé par la faculté ou aux formations** auxquelles ils ont pu assister, et ce quel que soit leur âge.

L'I.1 nous indiquait : « *pendant les études, on te fait apprendre en fonction des recommandations* », et l'I.12 : « *on nous a appris, à la fac, à uniformiser un peu notre prise en charge* ».

D'autre part, trois praticiens perçoivent une corrélation négative entre intérêt pour **les recommandations et âge du médecin**.

Ainsi, l'I.11, praticien plus âgé, rapportait : « *quand il y a un labo qui vient et qui me dit, je vous ai ramené les recommandations, je dis, [...], donnez ça à des jeunes, ça les intéresse mieux que moi* », ou encore l'I.16 : « *on arrive avec nos dernières reco, à jour de certaines pratiques, que eux n'ont pas forcément : soit ça les intéresse pas, soit ils ont pas envie* ».

Certains praticiens (6/19), dont des médecins plus âgés, **accordent leur confiance aux experts en charge des recommandations**. Aucun des informateurs exerçant en groupe n'a déclaré placer sa confiance dans les experts.

L'I.2 exposait ainsi que, « *la reco je sais que c'est fait par des gens qui ont fait des recherches, qui savent ce qu'ils font, qui sont plus intelligents que moi (rires). Voilà je leur fais confiance. Après, je vais lire l'article pour savoir, est-ce qu'il y a un biais dans le machin, est-ce qu'il y a des conflits d'intérêt, tout ça... Si c'est l'HAS, si c'est le collègue, si c'est des références, bon ben je leur fais confiance* ». L'I.17 rapportait, « *il y a des mecs, j'espère qu'ils font bien leur boulot* ».

Six praticiens, dont une majorité de médecins déclarant une forte adhésion pour la recommandation, associent la recommandation à la **contrainte médico-légale** qu'elle peut incarner.

À cet égard, l'I.5, plus âgé, mentionnait que : « *pour un rien, ils font des plaintes au Conseil de l'Ordre et il faut quand même faire très attention* », et l'I.9, d'âge moyen : « *on a été beaucoup braqué médico-légal pendant nos études, et je pense que beaucoup, beaucoup, ont ça en arrière-pensée* ». L'I.16, plus jeune, suit en partie les recommandations en raison de leur caractère médico-légal mais avouait y ressentir une certaine angoisse : « *le coup où tu suis ton intuition, plus que la reco, là tu te dis, s'il y a un pépin, c'est pour moi, [...], si elle existait pas (ndlr : la recommandation), tu serais pas en train de stresser de pas l'avoir suivie* ».

La diversité et la facilité d'accès aux recommandations sont des facteurs d'adhésion aux recommandations pour six des praticiens interrogés.

Les informateurs 14 et 15, qui exercent seul, ont, par exemple, un accès facilité aux recommandations grâce à l'informatique. Il est intéressant de noter qu'aucun jeune médecin n'a associé l'informatique à l'accès aux recommandations.

L'I.14 s'emploie à « *optimiser son logiciel* » selon les recommandations et l'I.15 nous confiait que « *le fait de fonctionner de façon informatisée, je crois que ça aide* ».

Certains praticiens, en dépit de leur faible intérêt pour la recommandation pour deux d'entre eux, s'intéressent à ces dernières *via des revues spécialisées*, dont notamment la revue *Prescrire*. Ces médecins sont tous plus âgés avec un exercice en groupe.

L'I.4 nous disait : « *Prescrire fait souvent une espèce de résumé des reco qui sortent* », et l'I.18 : « *ils (ndla : Prescrire) se réfèrent aussi aux recommandations, donc j pense que j suis plutôt imprégnée comme ça* ».

Trois praticiens plus âgés ont reconnu prendre connaissance des recommandations lors du passage des délégués de la CPAM, ou encore de certains visiteurs médicaux. Aucun des médecins se déclarant comme adhérent aux recommandations n'a évoqué les délégués de la CPAM dans leur accès aux recommandations.

L'I.6 expliquait ainsi que : « *la sécu, c'est plutôt sympa je trouve, [...], c'est bien parce qu'effectivement, elles (ndlr : les déléguées de la CPAM) parlent des reco* », et l'I.13 en parlant d'une déléguée et de la prise en charge de la lombalgie : « *elle m'a laissé des petites brochures là (désigne son bureau), sur le mal de dos, (rire), du coup, je l'ai parcourue quand même* ».

ii. *Intérêt de la recommandation*

Onze praticiens ont déclaré s'intéresser aux recommandations de par la **nécessité de se former**, et ce quel que soit leur âge ou leur mode d'exercice. Certains considèrent les recommandations

comme une **ligne de conduite nécessaire** quand d'autres mettent en exergue **la nécessité de se mettre à jour**.

L'I.1 indiquait ainsi, tout comme l'I.8, la nécessité de disposer d'un « *fil conducteur* ». L'I.12 rapportait quant à lui que les RBP avaient permis « *d'uniformiser un peu la prise en charge* ». L'I.4 nous confiait, « *ce qu'on a appris de la fac il y a vingt ans, c'est plus valable aujourd'hui* ». Quant à l'I.13, elle précisait « *la médecine, elle évolue très vite, et je trouve qu'on peut vite devenir des vieux cons, avec des vieilles habitudes à la noix, qui sont plus du tout adaptées* ».

Le suivi des recommandations fait l'objet d'un **sentiment de rassurance ou de conformité** pour neuf des dix-neuf praticiens interrogés, parmi lesquels une majorité de praticiens plus âgés, ou au contraire, plus jeunes.

L'I.2 nous confiait ainsi : « *j'ai le sentiment de bien faire mon travail* », et l'I.15 insistait sur l'importance de : « *rester dans le clou de ce que nous demandent, effectivement, et les sociétés savantes, et la Haute Autorité* ». L'I.4 évoquait « *un côté rassurant* », et l'I.7 rapportait : « *des fois, tu te dis, mince, aujourd'hui, c'était pas terrible, parce qu'après, peut-être, t'as peut-être pas fait justement comme les reco auraient demandé* ».

Deux praticiens se sentent **plus efficaces** lorsqu'ils suivent la recommandation.

L'informateur 13 a le sentiment de « *peut-être, dans certains cas, de faire les choses, mieux* », quand l'informateur 2 éprouve « *un sentiment de satisfaction* ».

Trois praticiens voient leurs **consultations simplifiées** par la présence des recommandations. Aucun des médecins d'âge moyen ne considère la recommandation comme un moyen de faciliter ses consultations.

Ainsi, l'I.2, jeune praticien récemment installé, rapportait : « *les consultes où t'as la reco, c'est facile, je sais quoi faire* », et l'I.16, remplaçante : « *ça t'aide aussi dans les choix, quand t'as un petit doute* ». L'I.4, bien que parmi les médecins les plus âgés, nous confiait qu'en l'absence de recommandations, « *c'est compliqué* ».

C. Frein à la lecture des recommandations

i. *Le temps*

Le temps reste un facteur limitant pour treize des praticiens interrogés, et ce quels que soient le mode d'exercice, l'âge ou encore le sexe.

Certains évoquaient ainsi le peu de **temps libre** dont ils disposent en raison de l'exercice d'une profession chronophage : « *c'est vrai, que le soir à 10h, je t'avouerais que, j'ai plus envie de regarder quoi que ce soit et puis, le week-end, t'as envie de faire autre chose* » (I.14, seule, sans secrétariat, consultations libres), et : « *c'est chronophage, [...], on a des journées de travail qui sont déjà longues, et quand on a cinq minutes, on n'a plus envie* » (I.19, plus âgé).

Une majorité de praticiens indiquait **manquer de temps**. Ainsi, l'I.2 rapportait simplement n'avoir « *pas le temps* », l'I.7 « *pas toujours le temps de lire* », et l'I.13 « *pas forcément le temps d'éplucher tous les trucs* ».

ii. *La recommandation*

L'intérêt pour les recommandations est parfois limité par la recommandation en elle-même.

En effet, cinq praticiens, dont une majorité de jeunes médecins, exposaient être freinés dans leur adhésion aux recommandations par le **nombre important de recommandations éditées par la HAS**.

L'I.6 observait : « *il y en a beaucoup des recommandations* », et l'I.17 : « *c'est quand même difficile d'être à jour, parce qu'il y a plein de choses nouvelles qui sortent* ».

Une minorité de praticiens se disait limitée par le **format de la recommandation**, comme par exemple l'I.2 : « *faut que ce soit concis, en deux pages, sinon on n'a pas le temps* », ou encore l'I.5 : « *quand tu essayes de lire, tu as quand même des pages et des pages* ».

Sept praticiens trouvent pour leur part la **recommandation trop complexe**. L'I.3 évoquait ainsi « *des bons guides, qui peuvent parfois être compliqué* » et l'I.15 nous confiait : « *je dis pas que je les digère à chaque fois* ». Une majorité de ces praticiens déclarait pourtant une forte adhésion pour la recommandation.

Le **champ de la médecine générale** semble trop vaste à trois praticiens pour permettre leur adhésion aux recommandations. L'I.5 et l'I.6, tous deux plus âgés, avouaient respectivement : « *on sait beaucoup de choses mais pas sur des choses très précises* », et : « *on maîtrise pas tout, ça reste un domaine tellement vaste* ».

L'I.9 se disait limité par les **objectifs fixés par les recommandations** : « *LDL chez un diabétique inférieur à [...] 0,7, [...], ça, on y arrive une fois sur dix* ».

L'I.19 exprimait simplement son **absence d'intérêt pour la HAS** et ne consultait pas cette plateforme : « *j'y vais pas* ».

iii. *Spécialiste*

Certains praticiens préfèrent suivre l'avis des spécialistes plutôt que les recommandations.

Les praticiens 8 et 18 reconnaissent **suivre l'avis d'un confrère spécialiste plutôt que la recommandation**. Ainsi, l'I.8, remplaçant, rapportait : « *coup de fil au spécialiste, c'est quand même encore le mieux par rapport à une recommandation* », et l'I.18 : « *c'est souvent lui (ndla : le spécialiste) qui va me dire, selon les dernières recommandations...* ».

Certaines praticiennes plus âgées mettaient toutes les trois en avant les **contradictions** entre certains avis de praticiens spécialisés et les RBP.

L'I.4 indiquait que : « *si on suit les reco de la HAS, ils te disent, effectivement, METFORMINE, en deuxième GLICLAZIDE ou DIAMICRON, [...], mais quand t'écoutes les diabéto, [...], il va te dire, oui, les sulfamides, voilà, il y a trop de risque d'hypoglycémies* », et l'I.13 : « *les reco nous les donnent quand même, et les diabéto plus forcément* ».

iv. **Confiance en ses pairs ou son expérience**

Certains praticiens, plus jeunes ou d'âge moyen, privilégient l'enseignement de leurs pairs ou leur propre expérience au détriment des recommandations.

Les praticiens 8 et 9 se fient à leur **enseignement pratique**. Ainsi, l'I.8, jeune remplaçant, nous confiait utiliser « *plein de trucs qui sont pas forcément dans des reco, mais que j'ai appris durant mon stage chez les praticiens* » et l'I.9 rapportait : « *j'ai beaucoup, beaucoup appris auprès de mon père, qui lui est parti en retraite il y a un an, et qui n'ont jamais été à cheval (ndla : sur les recommandations)* ».

Le praticien 12 privilégie **son expérience au vu de l'échec de certaines recommandations** en pratique : « *par l'expérience, tu te dis, ben dans cette situation-là, avec ce patient-là, [...], il vaut mieux que je fasse comme ça plutôt que de suivre la recommandation* ».

v. *Rester critique*

Trois praticiens plus âgés insistaient sur la nécessité de **rester critique** face aux RBP, et ce malgré leur adhésion aux recommandations. L'I.4 avançait : « *il faut quand même garder un côté critique par rapport aux reco* », et l'I.15 : « *on voudrait nous endoctriner, [...], c'est bien d'être plus critique* ».

Cinq praticiens, dont quatre femmes, s'intéressent à la recommandation tant que celle-ci reste au **bénéfice du patient**. Une majorité de ces praticiens se décrivait comme fortement adhérent aux recommandations.

L'I.7 nous disait : « *quand j'essaye de coller aux reco, [...], c'est pour le patient* », et l'I.14 : « *j'ai failli en emmener trois vers Saint-Pierre, parce que voilà, j'ai voulu suivre les reco, [...], du coup, ben là, je change ma façon de faire* ».

vi. *Enjeux financiers*

Cinq praticiens, pour la plupart plus âgés, évoquaient des enjeux financiers controversés dans l'émission des RBP : « *c'est le coût qui passe en premier avec la HAS* » (I.5), et « *quand c'est pour une question d'argent, des fois, j'ai un esprit un peu plus critique* » (I.13).

vii. *Sentiment de gouvernance*

A l'opposé des praticiens qui se sentent libres dans leur pratique, quatre informatrices éprouvent le sentiment d'être gouvernées dans leur exercice et contraintes par les recommandations. Les jeunes médecins, quant à eux, ne ressentent pas ce sentiment de surveillance.

L'I.5 nous disait ainsi : « *on est chapeauté, c'est un petit peu pénible* », et l'I.7 ajoutait : « *quand tu as fait en fonction des reco, ben bien sûr, tu te dis que tu essayes quand même de coller, même si voilà, t'aimes pas être fliquée* ».

viii. *Autres sources d'information*

Les recommandations ne sont pas la première source d'information de quatre des praticiens les plus âgés et qui exercent tous en groupe.

L'I.5 rapportait : « *beaucoup de correspondance avec les spécialistes, ça te permet quand même d'avancer et de te former* », et l'I.6 : « *je suis pas persuadé que ce soit ma première source d'information* ».

ix. *Prise en charge de pathologies connues*

Certains praticiens avouent ne pas lire les recommandations face à des pathologies connues.

A titre d'illustration, face à une hypothyroïdie, le praticien 9 nous disait n'avoir « *jamais suivi la moindre reco* », et l'I.17, jeune remplaçant, reconnaissait : « *si j'ai déjà des connaissances par rapport à une maladie ou des traitements à mettre en place, je vais traiter comme j'ai l'habitude, [...], je vais pas rechercher sur chaque traitement toujours à me mettre à jour* ».

x. *Risque d'extrapolation fautive*

Un des jeunes remplaçants, le praticien 8, évoquait le risque d'une extrapolation fautive de la recommandation en raison de sa complexité et des difficultés de son application en pratique quotidienne : « *quand tu regardes les recommandations, tu peux toujours te dire, ah ben j'ai mal regardé, justement, le patient rentrait pas dans cette case-là, [...], j'ai dû peut-être me tromper* ».

xi. *Manque d'assiduité assumé*

Quatre praticiens reconnaissent volontiers leur manque d'assiduité dans la lecture des recommandations.

L'I. 14 avouait ainsi : « *normalement, ce que je devrais faire, c'est une fois par jour. Mais je le fais une fois par semaine* », et l'I.1 : « *les recommandations de bonne pratique, [...], encore faudrait-il les lire à chaque fois* ». L'I.18 allait plus loin, en exposant : « *il y a des périodes où en effet j'peux être trois mois, cinq mois, en les regardant* ».

D. Utilisation de la recommandation à but incitatif

La recommandation est utilisée à but incitatif par trois praticiens. Ils se servent ainsi de la recommandation pour convaincre le patient d'adhérer à leurs opinions, que ce soit dans le cadre de certaines prescriptions ou dans le but de limiter la durée d'un arrêt de travail.

L'I.15 nous disait utiliser la recommandation comme un « *outil pour faire adhérer le patient* » et l'I.16 considère la recommandation comme « *une preuve en plus pour appuyer ton truc auprès du patient* ».

Le praticien 9, au contraire, se refuse fermement à adopter cette pratique : « *en aucun cas, je dis, non mais les recommandations disent que... là, je pense que les gens, ils se barrent d'ici* ».

E. Application pratique de la recommandation

Quatorze praticiens estiment que la recommandation ne peut **pas toujours être superposée à la réalité**. Il est intéressant de noter qu'une majorité de ces praticiens déclarait pourtant une forte adhésion à la recommandation.

L'I.1 affirmait ainsi : « *on essaye de faire en fonction de la reco mais finalement tu t'adaptes toujours au patient que tu as en face de toi* », et l'I.10 que : « *ça dépend de chaque cas finalement* » ; quant à l'I.18, il indiquait : « *on se retrouve trop souvent devant un cas particulier* ».

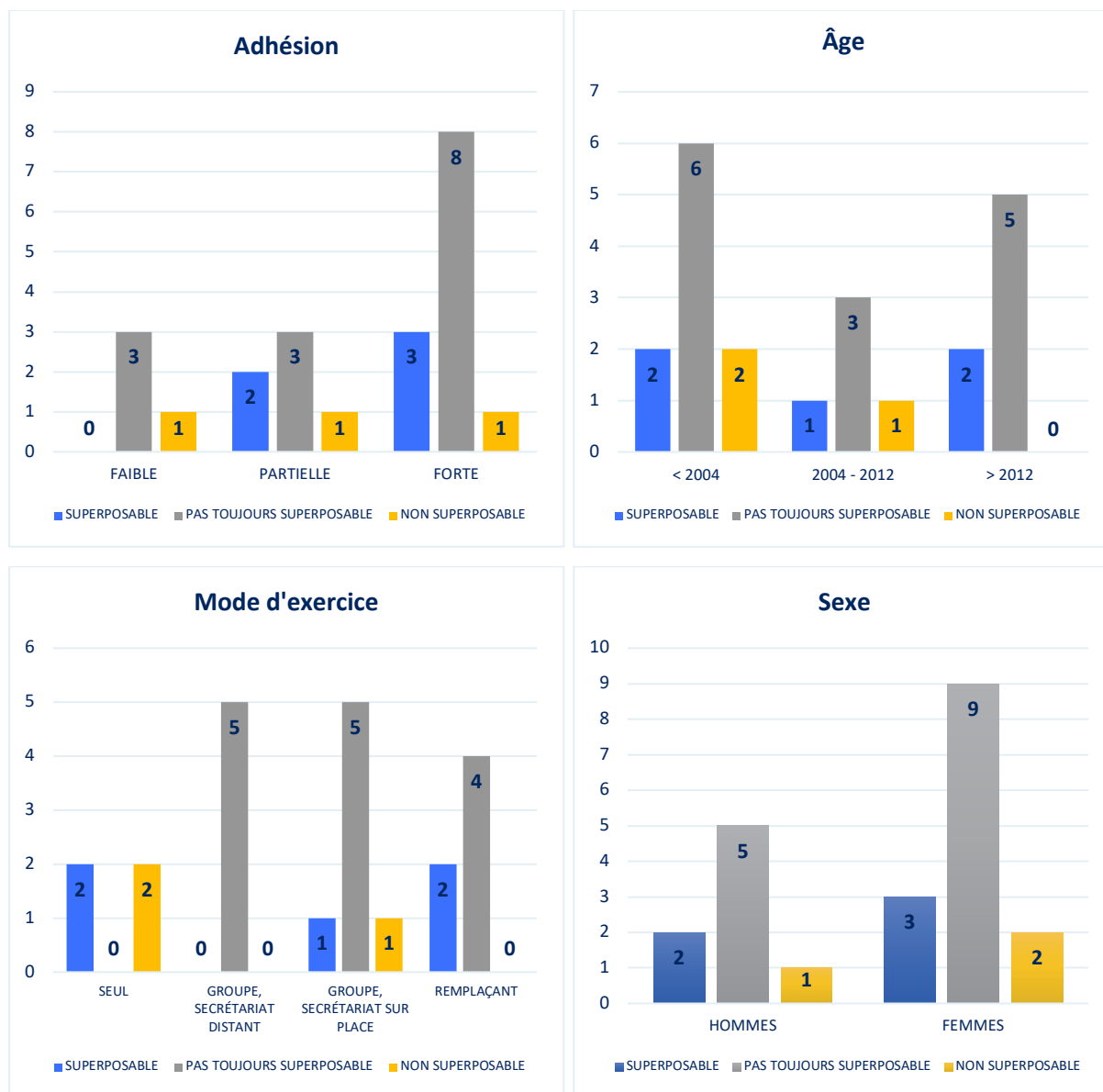
Trois praticiens, d'âge moyen ou plus âgé, considèrent que **la recommandation ne peut pas être superposée à la réalité**.

L'I.11 avançait : « *ça représente pas grand-chose* », et l'I.14 : « *c'est comme la courbe de Gauss quoi, t'as toujours les deux extrémités, [...], les gens on peut pas les mettre dans une case* ».

Pour cinq praticiens, la recommandation est **superposable à la réalité** : « *dans l'ensemble, je trouve que c'est plutôt faisable* » (I.3, jeune remplaçante) et « *ça s'adapte en fonction des contre-indications du patient* » (I.15, homme, plus âgé, exerce seul sur consultations libres avec secrétariat, convoqué par la CPAM pour prescription abusive d'arrêts de travail).

Les résultats sont présentés dans la figure 3.

Figure 3 : Application pratique des recommandations selon adhésion, âge, exercice et sexe



On peut relever des **réponses contradictoires** de la part de quatre praticiens. Ces dernières sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Réponses contradictoires / Application pratique des recommandations

APPLICATION EN PRATIQUE	10. F 1984	14. F 2007	3. F 2015	17. H 2016
<i>SUPERPOSABLE</i>	1	1	1	1
<i>PAS TOUJOURS SUPERPOSABLE</i>	1		1	1
<i>NON SUPERPOSABLE</i>		1		

Les praticiens 3 et 17 comptent parmi les médecins les plus jeunes et exercent la fonction de remplaçants.

F. Place de l'intuition et de l'expérience

i. *L'expérience*

La part accordée à l'expérience dans la pratique diffère parmi les dix-neuf praticiens interrogés.

Six d'entre eux, dont une majorité (5/6) de médecins se déclarant faiblement adhérente, **privilégient leur expérience plutôt que les recommandations**. En revanche, aucun des jeunes médecins interrogés ne se fie davantage à son expérience qu'au fil conducteur des recommandations.

L'I.10 nous confiait accorder à l'expérience « *une place quand même importante* » et l'I.11 considérait que l'expérience « *c'est important* ». Enfin, l'I.18 indiquait : « *j'me laisse un petit peu porter par rapport à mes pratiques* ».

Six praticiens, parmi lesquelles cinq femmes, estiment avoir une **part d'expérience** dans leur pratique.

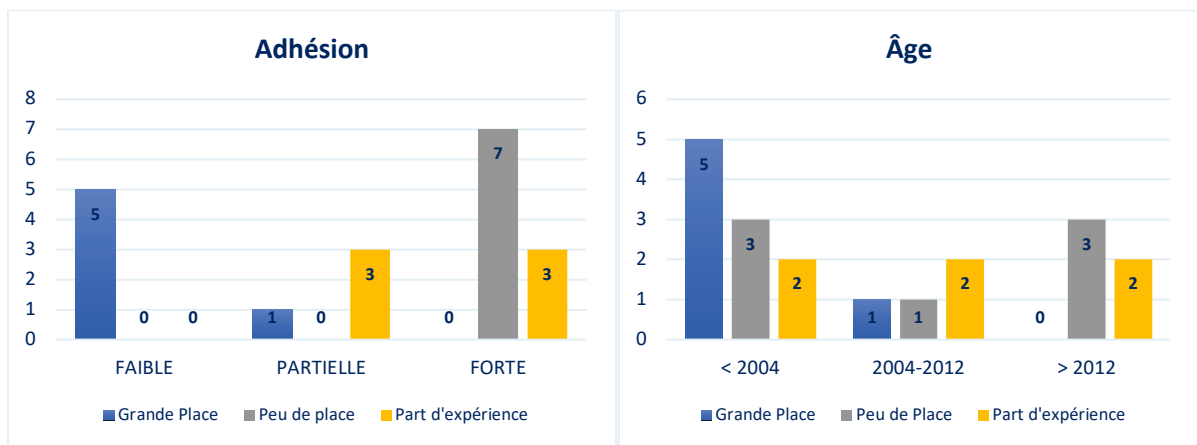
Ainsi, l'I.13 nous disait : « *il y a des trucs où j'ai peut-être plus confiance* ». L'I.14, quant à elle, indiquait : « *d'après l'expérience, ben moi je peux pas faire autrement* ».

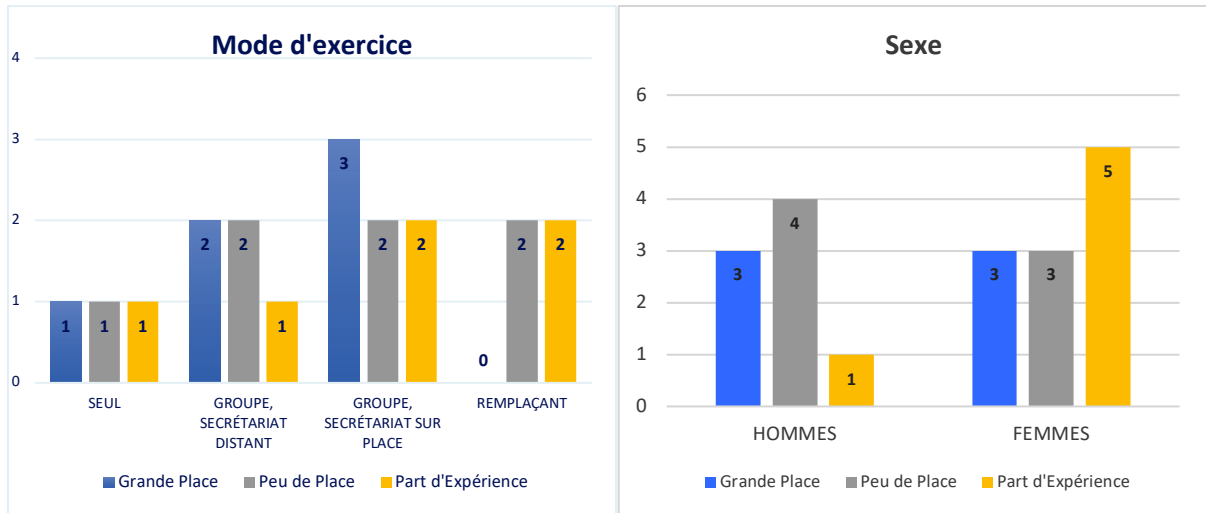
Enfin, sept praticiens, qui manifestent tous une forte adhésion pour les recommandations, n'accordent que **peu de place à l'expérience**.

L'I.2 observait ainsi : « *après là, c'est vrai que j'ai pas une grosse expérience donc, [...], tous les jours, je m'interroge* » ; l'I.7 indiquait : « *j'essaye quand même de mettre les recommandations en premier* », et l'I.8 mentionnait : « *on n'a pas encore forcément trop d'expérience* ».

L'ensemble des données est représenté dans la figure 4.

Figure 4 : Place de l'expérience dans la pratique



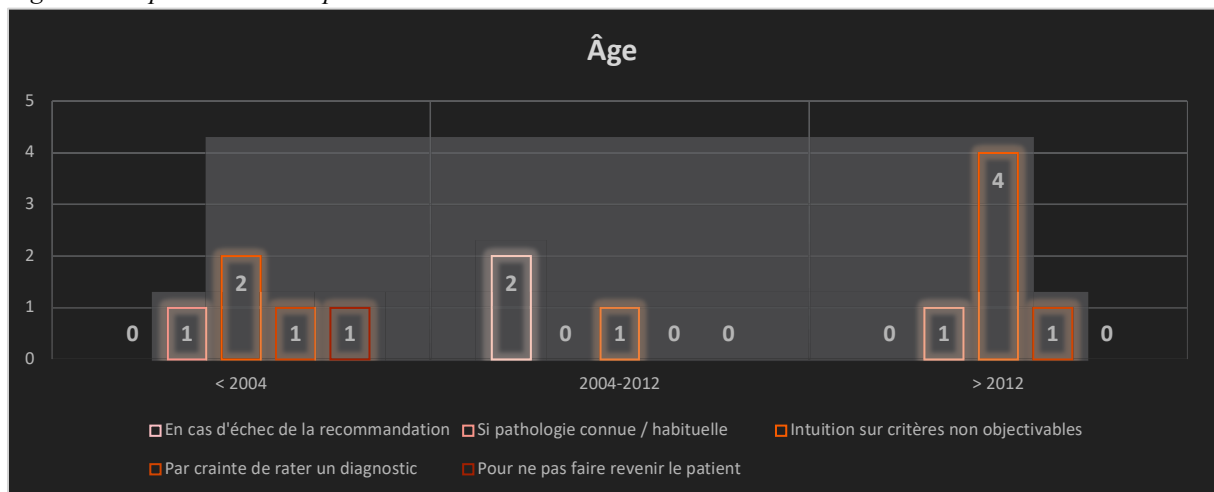


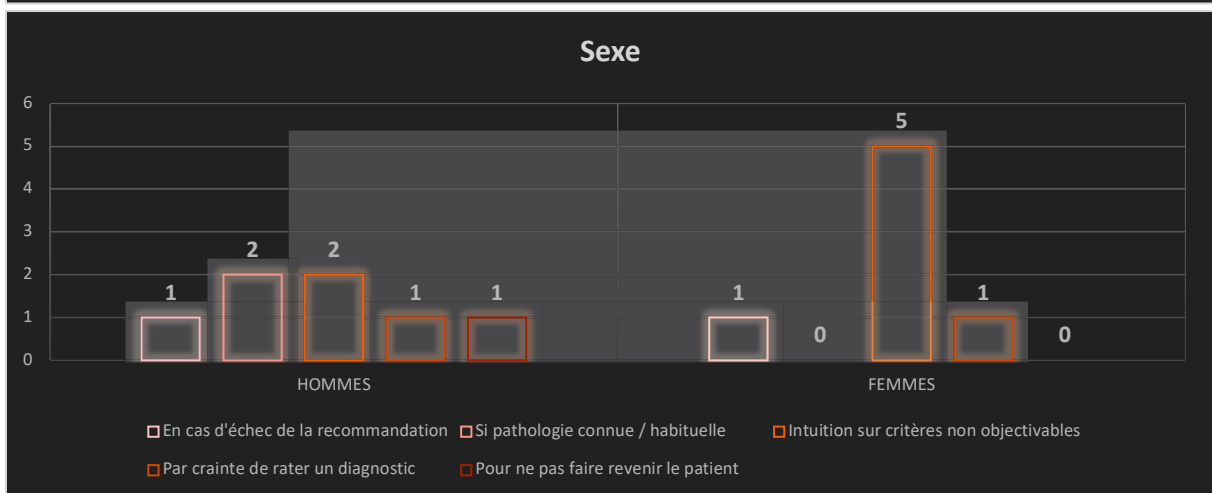
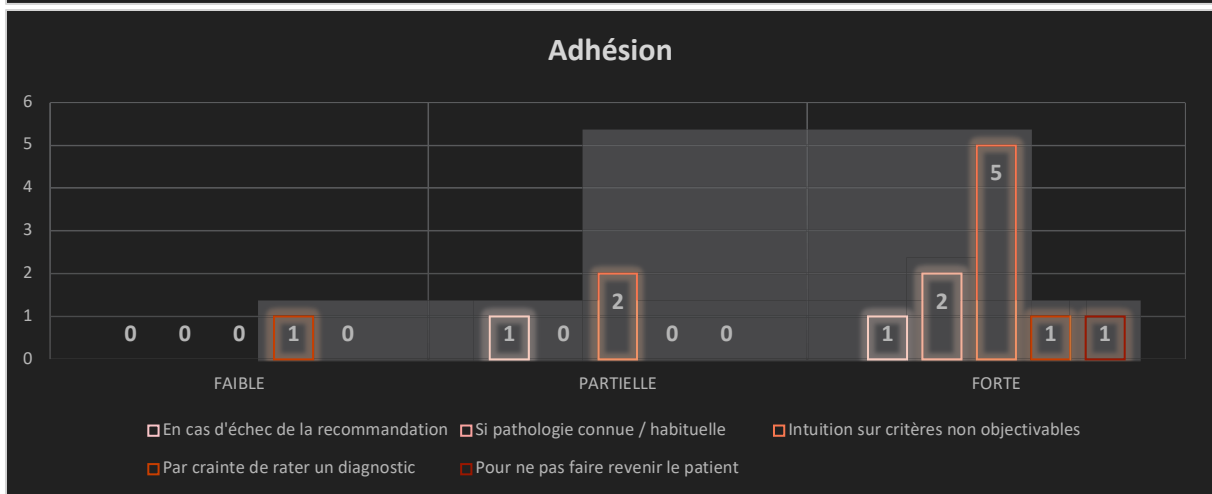
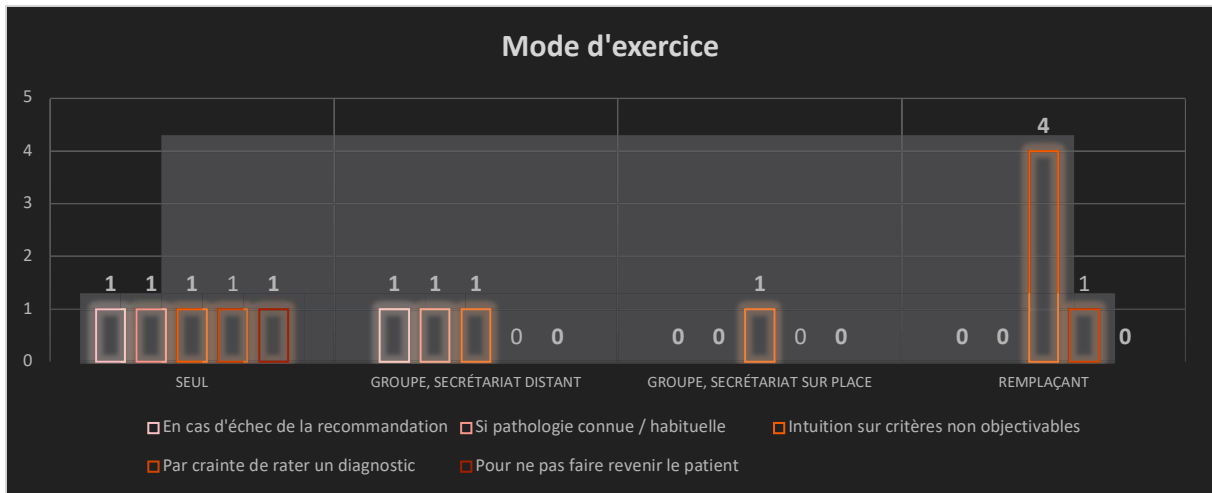
ii. *Au cas par cas*

Onze praticiens reconnaissent user d'expérience ou d'intuition dans certains cas. Parmi ces médecins, une majorité manifeste une forte adhésion aux recommandations.

Ces données sont représentées ci-dessous dans la figure 5.

Figure 5 : *Expérience au cas par cas*





Face à des **échecs dans l'application de certaines recommandations**, les praticiens 12 et 14 préfèrent s'en remettre à leur expérience pour des cas particuliers. L'I.12, (homme d'âge moyen) nous expliquait ainsi que : *« par l'expérience, tu te dis, ben dans cette situation-là, avec ce patient-là, peut-être parce qu'il a des comorbidités, [...], il vaut mieux que je fasse comme ça plutôt que de suivre la recommandation »* et l'I.14, (femme d'âge moyen), que : *« j'ai failli en emmener trois vers Saint-Pierre, parce que voilà, j'ai voulu suivre les reco, [...], du coup, ben là, je change ma façon de faire »*.

Les praticiens 2 et 15 se fient à leur expérience **face à des pathologies connues ou habituelles**. L'I.2, jeune médecin récemment installé, disait : *« si c'est une pathologie que j'ai vue assez souvent, [...], je connais le protocole, [...], donc là, oui, je vais me fier à mon expérience »*, quand l'I.15, plus âgé, mentionnait : *« il y a quand même, probablement, 40% de notre activité, qui est de la bobologie. Et dans ces 40%, je m'autorise, très clairement, une marge de manœuvre, bien large, basée sur l'expérience »*.

Sept praticiens, dont une majorité de femmes, indiquaient suivre ponctuellement leur intuition en se basant sur des **critères non objectivables**.

L'I.3 rapportait : *« on se dit, là, je sais pas, je le sens, il y a un truc, [...], si j'ai un doute, je vais toujours l'écouter »*, et l'I.16 : *« il y a des patients, ils rentrent dans la salle d'attente, il a pas commencé, tu sais que tu vas l'hospitaliser. Juste en le voyant »*, et d'ajouter, *« il y a une intuition qui est hors reco »*. L'I.17 expliquait, lui, que : *« mon intuition, elle va être sur le diagnostic. Sur l'inquiétude, l'urgence, la maladie »*.

Les praticiens 3 et 11 ajoutaient se fier à leur intuition par **crainte de rater un diagnostic** : *« je préfère faire des choses pour rien que de passer à côté de quelque chose qui pourrait être »*

préjudiciable à la personne », (I.3, remplaçante) et « *on a toujours peur un peu de passer à côté de quelque chose* », (I.11, homme installé seul, sans informatique, exercice sur consultations libres).

Enfin, le praticien 15 se fie à son expérience pour **éviter que le patient ne revienne en consultation**. Ainsi, il disait user de son expérience pour « *ne pas laisser sortir quelqu'un du cabinet, avec trois bonnes paroles et un PARACETAMOL, [...], parce que neuf fois sur dix, il va revenir le lendemain* ». Il nous semble intéressant de noter que ce praticien évoquait avec amertume une sanction par la CPAM pour prescription abusive d'arrêts de travail.

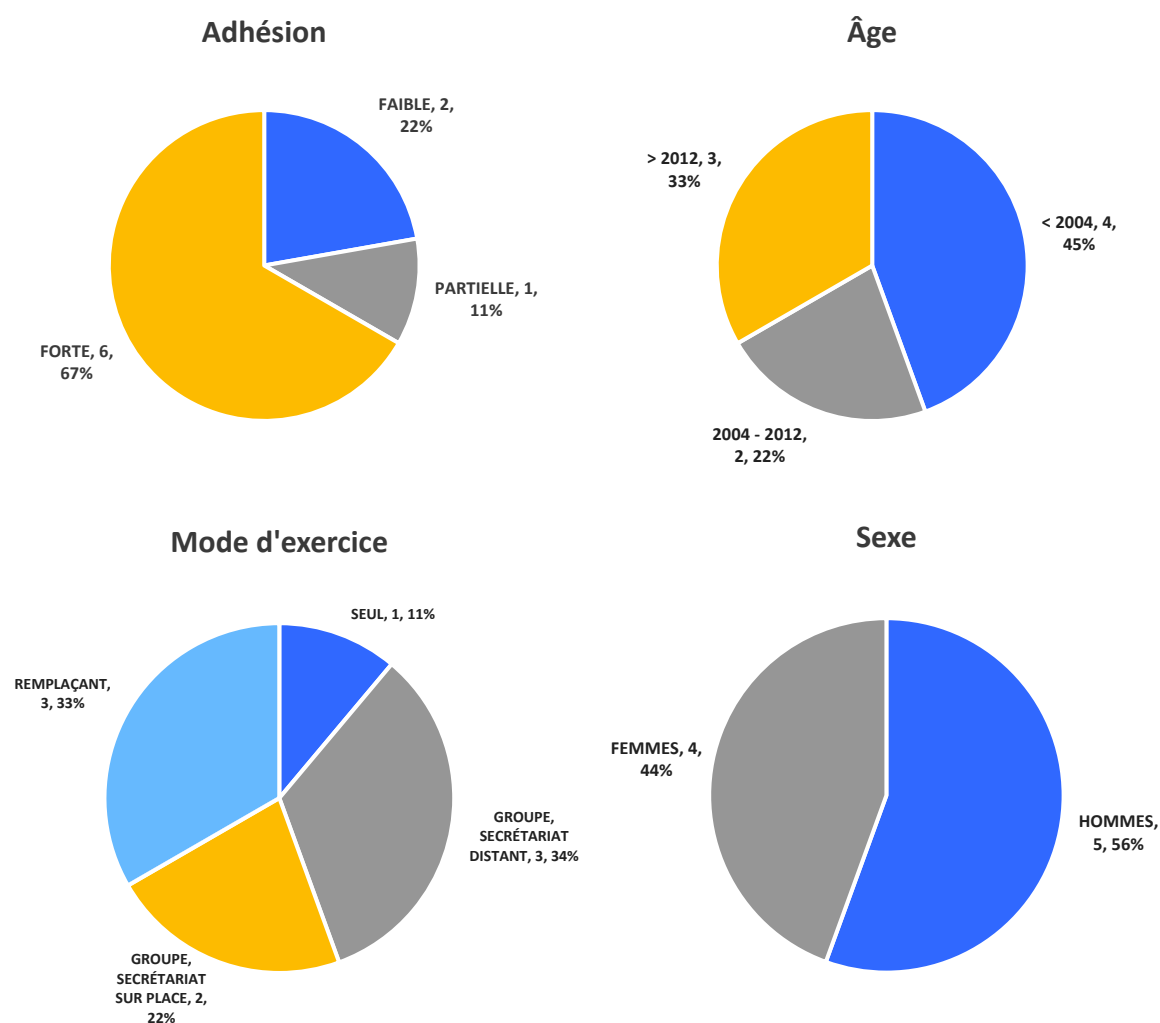
G. Absence de preuve d'efficacité

Nous avons interrogé les praticiens sur leur attitude face à un médicament qui ne ferait pas preuve d'efficacité. Neuf d'entre eux considèrent que l'absence de preuve d'efficacité n'est pas synonyme de preuve d'absence d'efficacité, quand bien même une majorité affiche une forte adhésion aux recommandations.

L'I.8 nous disait ainsi : « *je pense que tout ne peut pas être testé* » ; l'I.12 estimait que « *l'absence de preuve d'efficacité, veut pas forcément dire qu'il va pas marcher* », tout comme l'I.19, qui indiquait : « *on peut pas juger comme ça* ». L'I.11 ajoutait dans ce sens : « *je pense qu'il y a une paire de cons, [...], c'est des hommes qui ont dû dire que ça servait à rien, et que peut-être une femme aurait été plus à même de comprendre certaines choses, [...], je ne critique pas, mais bon, je ne suis pas séduit* ».

L'ensemble des données est représenté dans la figure 6.

Figure 6 : Absence de preuve d'efficacité différent de preuve d'absence d'efficacité



i. *Prescription*

Si certains praticiens distinguent l'absence de preuve d'efficacité d'un traitement de la preuve d'absence d'efficacité, la prescription de ce traitement reste toujours limitée, voire proscrite. Lorsqu'une ordonnance est délivrée au patient, elle reste dépendante de certains critères, tels que l'expérience, l'absence d'effets délétères ou la demande du patient.

Les résultats sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Prescription en l'absence de preuve d'efficacité

ABSENCE DE PREUVE D'EFFICACITÉ	11. H 1982	10. F 1984	15. H 1986	5. F 1987	19. H 1991	6. H 1993	13. F 2000	4. F 2001	18. F 2001	7. F 2002	12. H 2006	14. F 2007	1. F 2011	9. F 2011	2. H 2015	3. F 2015	8. H 2015	16. F 2015	17. H 2016	TOTAL
Différent de preuve d'absence d'efficacité	1				1		1	1			1		1				1	1	1	9
Prescription selon son expérience									1								1			2
En fonction du retour et en l'absence d'effets délétères								1										1		2
En fonction du retour, en l'absence d'effets délétères et au bénéfice de l'effet placebo							1					1								2
En l'absence d'effets délétères et au bénéfice de l'effet placebo											1									1
Selon expérience, en fonction du retour et en l'absence d'effets délétères		1								1										2
Selon expérience, en l'absence d'effets délétères et d'autres molécules, et au bénéfice de l'effet placebo			1																	1
Selon expérience et en l'absence d'autres molécules					1															1
Selon expérience et retour des patients																1				1
Prescription limitée						1							1		1					3
Pas de prescription	1			1										1					1	4

Douze praticiens **conditionnent leur prescription à certains critères.**

L'I.4 reconnaissait le « *besoin d'avoir des arguments pour proposer quelque chose à quelqu'un* » et ajoutait « *je prends pas de risque, il y a pas d'effets secondaires, ça me dérangera pas de leur laisser* ». L'I.10 nous indiquait que : « *chez certains patients, ça marche hein, [...], même si c'est un effet placebo* », et l'I.19 s'interrogeait : « *les veinotoniques, qu'est-ce qu'on peut donner quand quelqu'un a une crise hémorroïdaire ?* ». L'I.18 faisait état de son expérience personnelle : « *quand on met un fluidifiant, [...], pour l'avoir moi-même pratiqué, quatorze jours de maladie sans arrêt maladie ! Ben il a fallu que j'me passe aux fluidifiants, [...], dans la vie, j'le prescrais jamais et là ça fait quinze jours, où en effet, je reprends à certaines pratiques* ».

Trois praticiens avouaient **se limiter dans la prescription**, sans détailler le contexte de celle-ci. L'I.6 nous disait ainsi : « *c'est quand même pas très glorieux pour un médicament, [...], ça n'incite pas* ».

Si un médicament ne fait pas preuve d'efficacité, celui-ci ne sera **pas prescrit** par quatre praticiens.

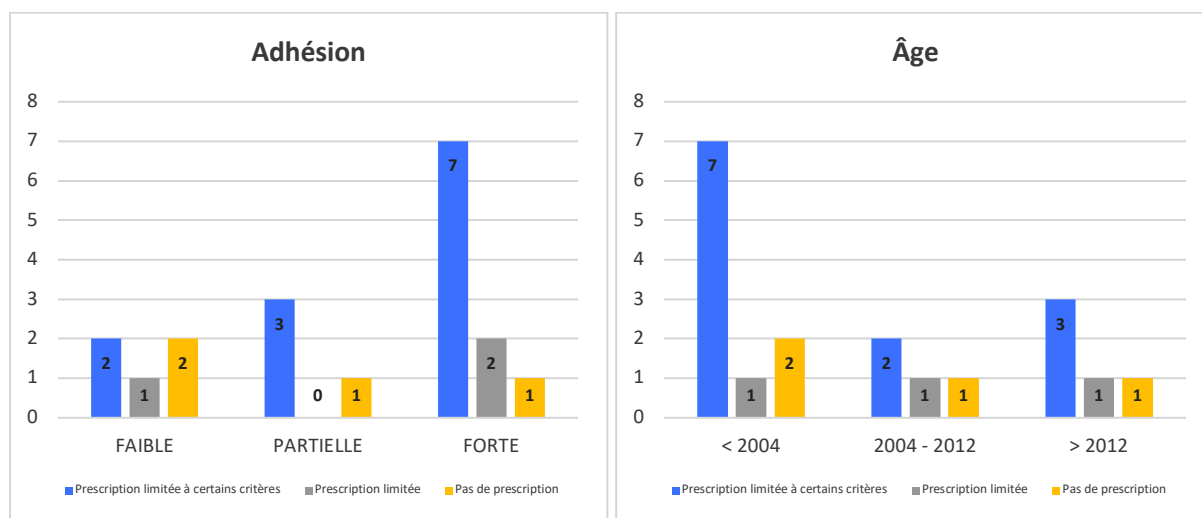
L'I.5 nous disait dans ce sens : « *je tiens compte quand même de ce qui paraît et s'il y a une preuve d'efficacité, je respecte quand même ça* » et l'I.9 ajoutait ne pas prescrire de tels traitements « *à partir du moment où il y a pas eu d'essais cliniques concluants* ».

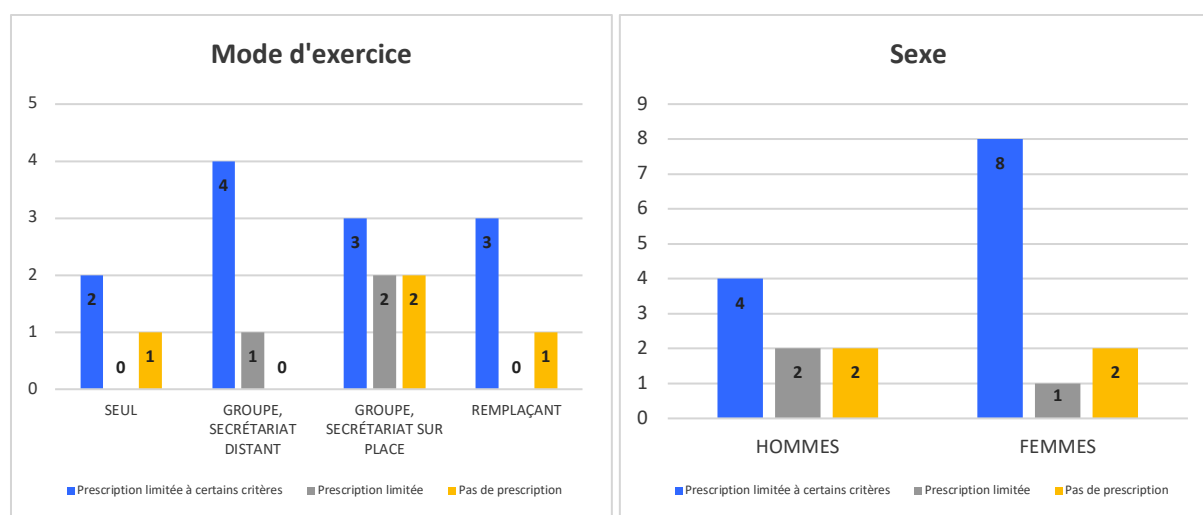
Si les praticiens 11 et 17 considèrent l'absence de preuve d'efficacité comme différente de la preuve d'absence d'efficacité, ils ne prescrivent pas pour autant les molécules concernées.

L'I.17 disait simplement : « *je vais pas le prescrire* ».

L'ensemble des données est représenté dans la figure 7.

Figure 7 : Prescription en l'absence de preuve d'efficacité





ii. *Enjeux financiers controversés*

Deux praticiens plus âgés, de sexe masculin, évoquaient les enjeux financiers controversés dans le déremboursement de certains traitements dont l'efficacité ne serait plus démontrée.

L'I.11 disait ainsi : « là, on a droit à... Je crois que c'est six ou huit paires de bas, [...], je veux dire, pour les pharmaciens, c'est jackpot hein », et l'I.19 d'insister : « il faut pas dire que c'est parce qu'un médicament marche pas, qu'on le rembourse plus, [...], on le rembourse plus, parce qu'on a une enveloppe, et que dans le budget, ben, ça coûte cher, et on fait d'autres choix, [...], il faut le dire comme ça aux gens, et pas dire, on dérembourse les médicaments qui servent à rien quoi ».

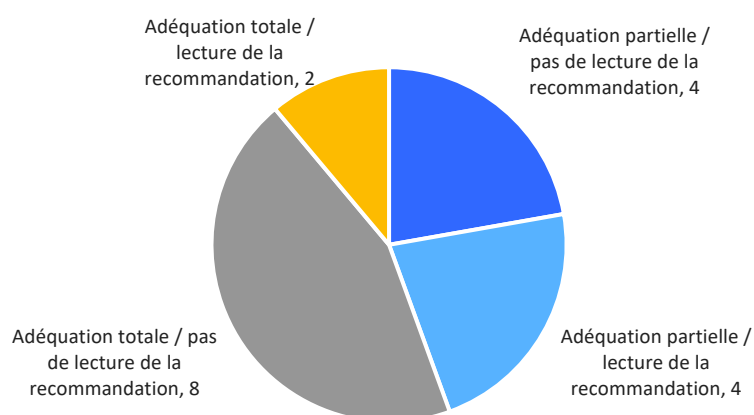
H. Prise en charge de la lombalgie commune

Nous avons interrogé les praticiens sur leur prise en charge d'un premier épisode de lombalgie commune non compliquée chez un patient sans antécédent. Les réponses données par les informateurs ont été comparées à la recommandation sur la prise en charge de la lombalgie éditée par la HAS au printemps 2019 (annexe 1).

Cette question n'a pas été posée au praticien 15 et inclut ainsi dix-huit praticiens, et non dix-neuf.

Les résultats sont présentés en figure 8.

Figure 8 : Prise en charge de la lombalgie et lecture de la recommandation



i. *Pas de lecture de la recommandation*

Douze praticiens, tout âge confondu, n'ont jamais lu cette recommandation, quand bien même la moitié d'entre eux déclarait une forte adhésion aux RBP.

Huit praticiens, pour la plupart plus âgés, décrivaient néanmoins une prise charge en **adéquation totale avec la RBP**. Il est intéressant de noter que parmi ces médecins, une majorité se déclarait pourtant peu favorable aux recommandations.

L'I.11 conseille aux patients « *des règles posturales [...] s'il y a quelque chose dans les gestes, si on peut éventuellement changer quelque chose* ». L'I.18 disait être « *assez prescripteur de sport santé* » et « *inciter les gens à remarcher, à faire une activité* ». L'I.19 affirmait pour sa part : « *j'ai jamais été voir des recommandations sur les lombalgies* ».

Parmi les quatre praticiens en **adéquation partielle**, l'I.9 indiquait : « *pas de radio dans l'immédiat* » et ajoutait : « *parfois, je mets des séances de kiné* ». L'I.16 rapportait, au sujet des arrêts de travail : « *je leur préviens d'emblée qu'il y en aura pour cette semaine* ».

ii. *Lecture de la recommandation*

Seulement six informateurs, dont cinq femmes, ont lu la recommandation sur la lombalgie commune.

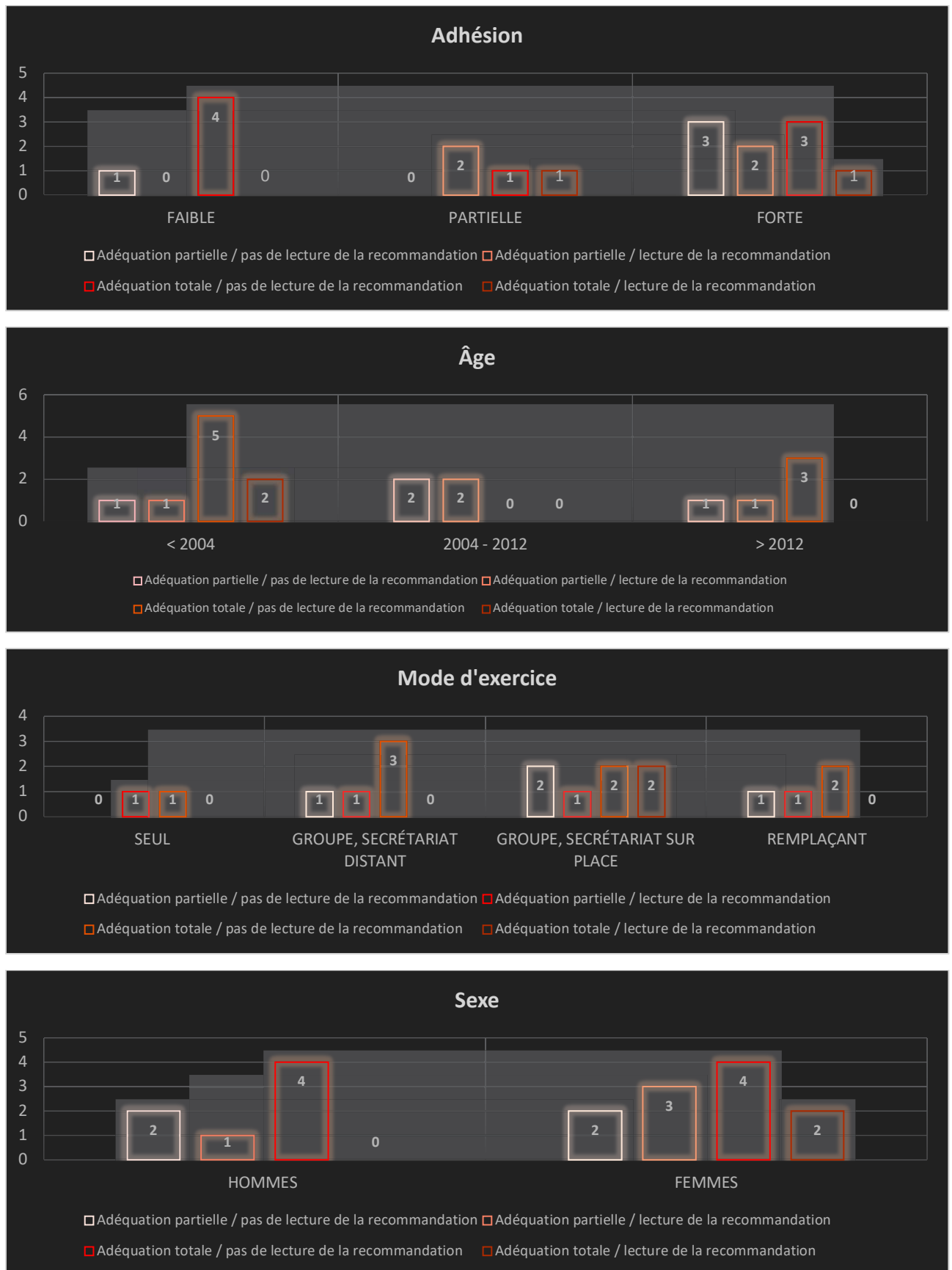
Deux femmes (I.4 et 5) proposent une prise en charge en **adéquation totale** avec la recommandation.

L'I.5 rapportait au sujet de la recommandation, que « *bien évidemment, je l'ai déjà lue* », et ajoutait prescrire de la kinésithérapie en cas de « *chronicité des douleurs* ». Elle conseille à ses patients une « *poursuite de l'activité physique et professionnelle si possible selon l'intensité de la douleur* ».

Malgré leur lecture de la recommandation, quatre praticiens proposent quant à eux une prise en charge de la lombalgie en **adéquation partielle**. L'I.13 reconnaissait : « *là je fais pas bien* » et « *je fais assez facilement des examens complémentaires* », et l'I.14 rapportait : « *les reco, ils te disent, qu'il faut le traiter, il faut le faire aller bosser* », et ajoutait, toujours au sujet des arrêts de travail : « *je sais qu'il faut pas le faire mais je le fais quand même* ».

L'ensemble des résultats rapportés ci-dessus est présenté dans la figure 9.

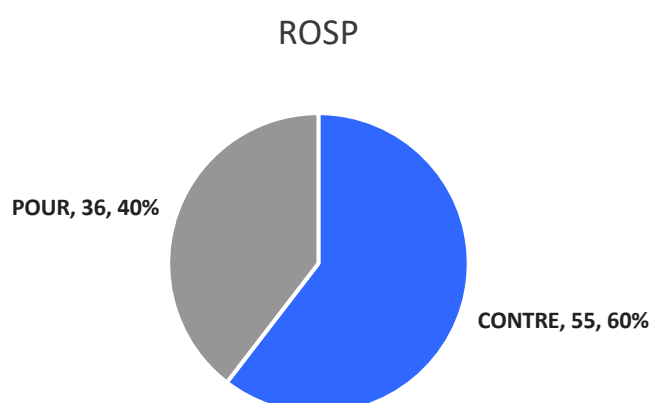
Figure 9 : Prise en charge de la lombalgie commune en fonction de la lecture de la recommandation



I. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Tout d'abord, il nous semble pertinent de noter que parmi les 91 verbatims qui ont été relevés dans le cadre de la question de la ROSP, une majorité de réponses s'est opposée à ce mode de rémunération.

Figure 10 : Adhésion à la ROSP



Trois praticiens, (deux médecins plus âgés et un autre plus jeune), n'ont avancé **aucun argument en faveur de la ROSP**.

L'informateur 5, parmi les praticiens les plus âgés, n'a avancé **aucun argument contre la ROSP**.

i. *En faveur*

Trois praticiens reconnaissent **adhérer à la ROSP de façon inconditionnelle**, sans pour autant déclarer une forte adhésion aux recommandations.

L'I.5 rapportait de cette façon : « *il y a la rémunération qui est quand même très intéressante, donc oui, moi je tiens compte des ROSP, bien sûr* », quand l'I.15 ajoutait : « *c'est quand même très bien, [...], il y a rien qui me choque sur le fond* ».

L'intérêt financier a été avancé par six praticiens.

L'I.11, au crépuscule de sa carrière, avouait volontiers : « *c'est bien, ça nous ramène pas mal de pognon* », et l'I.17, jeune remplaçant, que : « *dans le portefeuille c'est plutôt pas mal, [...], quand on me les proposera, je vais pas cracher dessus* ».

Une minorité de praticiens (4) estime que **les objectifs et / ou le mode de fonctionnement leur semblent cohérents**.

L'I.3 observait « *des objectifs intéressants* » en termes de santé publique, et l'I.10 ajoutait : « *en essayant de faire le travail correctement, ça rentre quand même beaucoup dans les ROSP* ».

Huit praticiens, dont sept sont plus âgés, ne se sentent pas remis en question par la ROSP et le **passage des délégués de l'assurance maladie est même bien perçu**. Une majorité de ces praticiens ont déclaré une faible adhésion aux recommandations.

L'I.11 avançait : « *je m'en fous complètement, mais alors complètement, [...], personnellement, je m'en fiche complètement, je remplis leurs cases, leurs trucs, et puis c'est tout* », et l'I.12 d'ajouter : « *tu te fais pas vraiment taper sur les doigts, elle est gentille la dame de la sécu qui vient nous montrer les graphiques* ».

Cinq praticiens, parmi lesquels quatre femmes, se sentent **valorisés par cette rémunération**.

Ainsi, l'I.14 nous disait que : « *ça fait du bien à dire, ben, quand tu reçois 10.000 euros comme ça, tu te dis, bah, finalement, tu dois pas si mal bosser* », et l'I.16 que : « *c'est une manière un peu de nous valoriser de ce côté-là* ».

Pour quatre praticiens, la ROSP est un **indicateur d'efficacité** qui leur permet de prendre du **recul sur leur pratique**.

L'I.10 indiquait : « *on n'a pas de repères, [...], ça me permettait de me situer* », et l'I.18 que : « *ça donne un regard critique* ».

Certains praticiens considèrent la ROSP comme un **moyen de lutte contre l'inertie clinique**.

Cet argument n'a été avancé par aucun des jeunes médecins interrogés.

L'I.6 nous disait au sujet des délégués que : « *c'est bien parce qu'effectivement, elles parlent des reco* ». L'I.9 ajoutait que : « *ça apporte quand même des infos utiles* » ; l'I.12, pour sa part, indiquait : « *ça t'oblige à revoir certaines choses* ».

Le praticien 11, plus âgé, a **changé certaines pratiques au profit de la ROSP** et avançait que : « *je faisais quand même du Non Substituable pour certaines molécules, [...], où j'ai eu quelques problèmes avant, avec des molécules, qui n'avaient pas le même effet que la molécule princeps, [...], depuis début d'année, je mets plus rien, et puis ils se débrouillent* ».

La ROSP est un **cadre nécessaire à la pratique** pour l'une des jeunes remplaçantes interrogées (I.16) : « *c'est bien d'un côté parce que ça cadre un minimum notre pratique, parce qu'il y en a clairement qui abusent et qui se mettent pas du tout dans les reco, [...], il faudrait d'ailleurs qu'on soit beaucoup plus cadré* ».

ii. **Contre la ROSP**

Quatre praticiens, dont un seul jeune médecin, estiment que la ROSP n'a **pas d'influence** sur leur pratique.

L'I.2, récemment installé, disait simplement que : « *si on nous demande quelque chose qui est farfelu, [...], non je m'en fiche, ça va pas influencer* » et l'I.6 d'indiquer au sujet des ROSP : « *je pense être plus à l'aise en relativité d'Einstein, [...], je ne comprends rien, enfin ça m'intéresse pas beaucoup* ».

La ROSP revêt un **intérêt discutable** pour moins du tiers des informateurs, qui la considèrent comme trop **éloignée de la réalité de la pratique**. La majorité de ces praticiens a pourtant déclaré une forte adhésion aux recommandations.

L'I.7 rapportait à cet égard : « *on n'a pas forcément besoin de ça pour essayer de faire de la bonne médecine* », l'I.14 tranchait ainsi : « *ça sert à rien* », et l'I.16, (jeune remplaçante), sans équivoque, indiquait que : « *c'est bien relou* ».

L'informatrice 13, plus âgée, ajoutait éprouver un **sentiment de dépendance** : « *c'est un peu un fil à la patte* ».

Neuf praticiens, dont une majorité de femmes, ont mis en avant l'**intérêt financier discutable** de cette rémunération forfaitaire en insistant sur la nécessité de **rester critique** face à l'appât du gain. Un seul des jeunes médecins a évoqué l'aspect financier souvent controversé de la ROSP.

L'I.4 nous disait que : « *il faut aussi être critique et pas être que par rapport à l'appât de ce qu'on peut avoir* » ; l'I.7 ajoutait que : « *quand j'essaye de coller aux reco, c'est pas pour la ROSP, c'est pour le patient* ». L'I.19 concluait ainsi : « *on devrait pas être payé parce qu'on soigne correctement les gens* ».

Le **calcul de la ROSP et ses objectifs** est incohérent pour un peu moins de la moitié des praticiens interrogés.

L'I.8, jeune remplaçant, évoquait des « *objectifs qui sont pas du tout adaptés, qui sont totalement infaisables* » et ajoutait, « *c'est complètement illusoire* ». L'I.9 ajoutait, au sujet de la télémédecine : « *quand on sait que la sécu nous impose de faire un examen clinique pour justifier notre rémunération, je suis désolée, dans la télémédecine, t'as pas d'examen clinique* ». L'I.14 nous confiait encore : « *je fais plein de boulot qui n'est pas reconnu, [...], c'est de la foutaise deux fois, [...], on nous demande de faire des ROSP mais ça va finalement n'intéresser qu'une partie de ma patientèle, donc j'trouve pas ça juste* ».

Certains praticiens évoquent le **manque de rigueur** de cette administration.

L'I.3 exposait être jugée par « *des bureaucrates qui font des calculs* » et ajoutait, « *j'aurais vraiment envie de dire, vous savez pas de quoi vous parlez* ». L'I.12 nous confiait que : « *l'organisation est pourrie, [...], on peut avoir aucune information sur la façon dont sont calculés nos points* ». L'I.14 ajoutait : « *moi je pensais que les ROSP, c'était vachement plus carré, comme les reco tu vois, qu'il fallait utiliser tel test, ou tel appareil, machin, pour... Pour que ce soit validant. Et ben non en fait, [...], je trouve pas ça sérieux* ».

Pour cinq praticiens, la ROSP reste trop souvent **dépendante du patient** et non de leurs prescriptions.

L'I.11, qui exerce sur consultations libres, estimait ainsi que : « *ce pourcentage, il veut rien dire parce que t'as des patients qui sont totalement ingérables* », et l'I.19 ajoutait : « *si les patients veulent pas le faire, on va pas les obliger, [...], donc après on va nous dire, vous êtes pas aux objectifs* ».

Le praticien 17, jeune remplaçant, ajoutait que ces **mesures devraient concerner les patients** plutôt que les médecins : « *faut plus axer sur l'éducation des patients que sur l'éducation du médecin j'pense* ».

Pour certains médecins, la ROSP est **intrusive dans leur pratique**, et à l'origine d'un **sentiment de frustration**. Parmi ces derniers, on compte une majorité de femmes.

Les praticiens 7, 12 et 16 insistaient respectivement : « *c'est un moyen de te surveiller, de voir un petit peu ce que tu fais, [...], moi ça me dérange* », « *il y a ce côté un peu flicage de la part de la sécu* », et « *c'est du flicage* ».

Trois praticiens se sentent **dévalorisés** par ce mode de rémunération : « *t'as un peu l'impression qu'ils viennent te faire la morale, [...], t'as l'impression d'être une gamine qui a mal fait quoi* » (I.7, femme plus âgée) et « *le médecin ne devrait pas avoir besoin de ça pour vivre, [...], toute la profession médicale, quelle qu'elle soit, est pas bien payée pour ce qu'elle fait* » (I.19, homme plus âgé).

La ROSP est à l'origine d'une **perte de temps** selon l'avis de deux praticiens.

Le praticien 19 avançait : « *c'est une perte de temps, [...], c'est du temps qu'on passe à faire autre chose que de soigner des gens* ». L'informatrice 14, d'âge moyen, qui souhaite proposer des données fiables à la CPAM et réalise des tableaux de données, soulignait : « *c'est chronophage aussi, ça me fait perdre du temps pendant la consulte, [...], je me demande si je vais continuer à m'embêter quoi, parce que si c'est un peu comme ça sous la jambe* ».

Elle ajoutait se sentir **stressée** par la ROSP : « *ça me rend tellement, un peu paranoïaque ou psychopathe* ».

Deux praticiens, bien qu'ayant déclaré une forte adhésion aux recommandations, estiment que **l'intérêt pour le patient reste limité.**

L'I.4, lectrice de la revue *Prescrire*, nous disait au sujet de la prescription de KARDEGIC aux patients diabétiques : « *il y a aucun intérêt que je leur entraîne un ulcère de l'estomac ou une gastrite chronique* ». L'I.12, quant à lui, s'interrogeait : « *je sais pas si ça apporte vraiment, sur certaines choses, quelque chose aux patients* ».

Enfin, le praticien 19 estime que le **droit des patients** dans l'accès aux soins est remis en question par la ROSP.

Il rapportait ainsi une situation à laquelle il avait été confronté, « *j'ai un médecin, à l'hôpital, qui me dit, pour un patient, [...], moi je ne peux pas le reprendre, il va me plomber ma T2A. Ça veut dire quoi ça ? C'est honteux ! Voilà ! Donc les chiffres, les trucs, (tape du poing sur la table) ... Mais le problème de ce système-là, c'est qu'on est obligé de tout pouvoir justifier* ».

IV. Inertie clinique

Après un échange autour des recommandations de bonne pratique, les praticiens ont été invités à parler des facteurs à l'origine de leur inertie clinique et des moyens de lutte mis en place pour lutter contre celle-ci.

A. Facteurs d'inertie

i. *Le patient*

Dix-sept praticiens expliquaient faire preuve d'inertie clinique face à neuf situations dépendantes du patient, et ce quels que soient l'âge, le sexe, le mode d'exercice ou encore le degré d'adhésion déclaré.

Pour le tiers des médecins interrogés, le **choix du patient** est un frein à l'intensification d'un traitement recommandé et certaines demandes peuvent même pousser le médecin à une prescription qui ne serait pas indiquée : « *si t'as un patient en face de toi qui veut l'antibiotique, [...], tu sais très bien que c'est pas le meilleur pour lui mais tu le fais quand même* » (I.1, femme d'âge moyen avec forte adhésion déclarée), « *il y a des patients qui sont très peu demandeurs de médocs, c'est toujours galère de leur prescrire quoi que ce soit* » (I.6, homme plus âgé avec faible adhésion déclarée) et « *au final, c'est le patient qui a le dernier mot* » (I.8, jeune remplaçant).

Sept médecins, pour la plupart en faveur des recommandations, font preuve d'inertie clinique face aux **demandes compétitives** formulées par les patients lors de certaines consultations.

L'I.2 affirmait dans ce sens : « *quand ils viennent avec plein de motifs, [...], il y a de l'inertie clinique* », et l'I.12 d'ajouter : « *ça peut amener à un moment à devoir abrégé la consultation et ça peut [...] nous sortir de l'objectif principal* ».

La **non-observance** des patients est un argument avancé par dix praticiens, et ce quels que soient leurs caractéristiques.

L'I.5 rapportait ainsi que : « *l'inertie clinique, ça peut venir du médecin, mais ça peut venir aussi du patient* ». L'I.7 indiquait également : « *c'est pas toujours évident parce que bon, t'as quelqu'un en face de toi qui fait pas toujours comme tu veux faire* » ; l'I.8 estimait : « *je le fais pas parce que, je sais pas, je sens pas les gens, je sais très bien qu'ils vont pas m'écouter* ». L'I.17 était plus incisif : « *un patient pas observant, effectivement, j'vais pas forcément majorer les traitements, si je sais déjà qu'il les prend pas* », tout comme l'I.19 : « *si le patient, il observe pas, ça sert à rien d'augmenter les médicaments, parce que, après, il fait son tri* ».

L'âge du patient peut limiter certains praticiens dans une intensification thérapeutique pourtant indiquée. Les médecins se déclarant faiblement adhérent n'ont, quant à eux, pas avancé cet argument.

Ainsi, l'I.7 nous confiait que : « *ça dépend vraiment du profil patient, [...], j'ai des diabétiques, des personnes âgées entre autres, que je ne traite même pas, que je laisse juste sous régime* », et l'informatrice 14, d'âge moyen : « *quand ils sont à 150/85, et que c'est un vieux de 80 ans, et ben j'attends, [...], si c'est un plus jeune, ouais, je vais intensifier tout de suite* ». L'I.16, jeune remplaçante, ajoutait : « *à leur âge, on les embête moins, [...], on est un peu plus lax avec les objectifs* ».

Le profil ou la personnalité du patient est un facteur d'inertie clinique pour trois des praticiens interrogés : « *j'apprends aussi à adapter avec la personnalité des gens* » (I.18, femme plus âgée), et « *il faut aussi que les gens aient un peu une hygiène de vie, ceux qui n'ont pas d'hygiène de vie, ben, ils choisissent, [...], si les gens font pas attention, vous aurez beau mettre des médicaments, on va monter dans les traitements, et puis, on n'aura pas le résultat* » (I.19, homme plus âgé).

L'informatrice 13, qui compte parmi les médecins plus âgés, ajoutait être limité par la **profession** de certains patients et nous disait ainsi : « *j'ai un monsieur, il est agriculteur, [...], quand c'est la période de Noël, où c'est plus calme, c'est un peu la cata, [...], je vais modifier son traitement si c'est vraiment trop la cata* ».

Le **profil cognitif** des patients peut limiter certains praticiens dans une intensification thérapeutique pourtant indiquée.

L'informatrice 9 nous confiait ainsi au sujet d'une situation clinique : « *les facteurs limitant, [...], c'est sa bêtise phénoménale* ». L'I.11 fait preuve d'inertie quand le patient n'a « *pas le QI pour comprendre certaines choses* ».

Une relation parfois conflictuelle avec un patient est un facteur d'inertie pour quatre praticiens, toutes de sexe féminin.

L'I.5 évoquait ainsi le manque de respect de certains patients : « *tu peux avoir une altercation avec un patient qui t'a franchement énervé, et ça arrive de plus en plus souvent, [...], et c'est vrai qu'il y a des jours où franchement tu te dis, bon aujourd'hui c'était difficile, j'ai peut-être pas été au bout des choses* ».

Enfin, le praticien 12, pourtant en faveur des recommandations, fait preuve d'inertie clinique en raison du **nombre de médicaments déjà prescrits** à certains patients. En effet, lors de la majoration ou de l'instauration de certains traitements recommandés, il exposait « *prendre en compte vraiment plein de choses : le nombre de médicaments* ».

ii. *Le médecin*

Dix-huit praticiens, parmi lesquels l'ensemble des jeunes médecins et des médecins ayant déclaré une forte adhésion aux recommandations, font preuve d'inertie clinique selon des caractéristiques qui leur sont propres.

Huit praticiens avouent **laisser du temps à leur patient** avant de majorer leur traitement. La majorité de ces praticiens se déclarait pourtant très adhérente aux recommandations.

L'I.1 nous disait dans ce sens : « *je passe d'abord par tout ce qui est recommandations hygiéno-diététiques* », et l'I.11 indiquait : « *s'il me dit que là, il s'est un peu lâché et qu'il va se reprendre, [...], on recontrôle 2-3 mois après, et puis on verra* ». L'I.16 évoquait un accord avec le patient : « *on peut essayer de temporiser, [...], on recontrôle dans trois mois et puis on voit, [...], c'est une sorte de deal avec le patient* ».

Quand bien même une majoration de traitement est indiquée, il arrive à certains praticiens de **simplement reporter cette dernière à la consultation suivante** : « *tu te dis, il y a toujours, la fois d'après, quand tu les reverras, t'auras toujours un peu plus le temps, d'approfondir* » (I.9, femme d'âge moyen), et « *en général la première fois, je dis, bon écoutez, on reverra la fois prochaine* » (I.10, femme plus âgée).

Tous ces praticiens exercent en groupe avec secrétariat.

Trois informatrices font preuve d'inertie à l'occasion de **consultations trop longues ou qui ont lieu en fin de journée**. Elles ont toutes les trois commencé leur carrière avant 2012 et exercent en groupe, sur rendez-vous et avec secrétariat.

L'I.1 avançait : « *si je faisais des journées complètes, mes consultations du soir seraient complètement différentes de celles du matin* », et l'I.4 : « *si tu laisses trop de temps, les gens partent dans tous les sens, et toi tu t'en sors plus* ».

Le **renouvellement mécanique** des ordonnances de traitements chroniques a été évoqué par trois des praticiens interrogés.

L'I.4, une femme, rapportait au sujet des marqueurs d'inertie clinique : « *le fait que, quand les gens sont là, et hop, tu cliques, tu renouvelles ; non* ». Le praticien 12, de sexe masculin, nous disait que : « *des fois tu renouvelles comme ça, automatiquement, sans remarquer que ça fait super longtemps qu'il a tel ou tel traitement et qu'il faudrait l'enlever* ».

Quatre soignants, dont trois hommes, font preuve d'inertie lorsqu'ils estiment qu'une intensification thérapeutique, pourtant indiquée, n'est pas souhaitée par leur patient. **Ils pensent ainsi connaître les préférences de leurs patients.**

Le praticien 10 nous disait à cet effet : « *je sais très bien quels sont mes patients qui changeront rien du tout* ».

Le praticien 11 (plus âgé avec un exercice sur consultations libre, sans informatique) **s'arrête aux allégations du patient** et ne majore pas un traitement « *à partir du moment où ils (ndla : les patients) vont bien, [...], ils sont contents, c'est tout ce qui compte* ».

Le praticien 8, jeune remplaçant, fait preuve d'inertie clinique par **crainte de générer de la culpabilité** chez un patient mal équilibré par son traitement : « *il y a une espèce de culpabilité par rapport au diabète, [...], c'est un peu une moins bonne image* ».

Il ajoutait par ailleurs, toujours dans l'exemple du diabète, se sentir limité par sa **connaissance du patient** : *« quand tu commences à connaître les gens, tu peux peut-être te dire, je leur laisse une chance encore d'intensifier les efforts alimentaires, les règles hygiéno-diététiques, alors que tu devrais pas forcément ».*

Le praticien 3, jeune remplaçante également, avouait une inertie clinique plus importante face à des **patients déjà traités** et rapportait ainsi : *« un mec qui a 15/9, qui est déjà traité, je vais pas augmenter son traitement dès la première fois ».*

Elle disait également être limitée par la **crainte d'effets secondaires potentiels**.

L'âge du médecin a été évoqué par quatre praticiens de tous horizons comme facteur d'inertie clinique : un médecin plus âgé serait ainsi moins alerte face aux recommandations de bonne pratique, et un jeune médecin pourrait au contraire se sentir débordé par une salle d'attente pleine.

L'I.15 nous disait : *« j'ai aucun problème, avec une salle d'attente avec, vingt personnes, de garder quelqu'un une heure et quart, [...], j'ai passé aussi l'âge de me stresser parce que la salle d'attente est pleine et qu'il faudrait finir ».* L'I.16, jeune praticien, avançait au contraire : *« les médecins âgés qui ont leurs patients depuis des années, qui ont la tête dans le guidon, et qui finalement, voient plus les choses de la même manière que nous, [...], tu diagnostiques des choses parce que t'as un œil nouveau ».*

Certains hommes ont mentionné leur **manque de connaissance** comme facteur d'inertie. Il s'agit, pour la plupart, de jeunes praticiens avec une forte adhésion déclarée aux recommandations.

L'I.2 nous avouait ainsi : « *les pathologies où on ne sait pas trop quoi faire, [...], je vais laisser quelques jours* » ; l'I.6 indiquait : « *des fois je botte un peu en touche, et puis, on verra ça la prochaine fois, [...], c'est un métier où quand même comme on maîtrise pas tout, ça reste un, domaine tellement vaste, que parfois heureusement que les gens en face de nous maîtrisent moins que nous, donc on botte un peu en touche, on essaye de finir la consultation le plus proprement possible* ».

Dans le cadre d'une intensification thérapeutique pourtant indiquée, le praticien 8, jeune remplaçant, se disait limité par la **peur de se décrédibiliser** et évoquait simplement : « *sinon comme autres facteurs limitants, [...], la peur aussi de te décrédibiliser* ».

Enfin, l'informatrice 7 indiquait être victime de son **empathie** : « *je suis peut-être un peu trop empathique, [...], des fois il faudrait peut-être taper un peu du poing* ».

iii. *La clinique*

Pour quinze praticiens, certains marqueurs cliniques sont à l'origine de leur inertie. Parmi eux, on compte une majorité d'hommes et de médecins avec une forte adhésion déclarée aux recommandations. On notera que les soignants les plus jeunes ont tous évoqué ce facteur d'inertie.

Ainsi, neuf de ces praticiens, pour la plupart plus âgés, ne majorent pas le traitement de leurs patients lorsqu'ils doutent de la **réalité des chiffres mesurés** lors de la consultation.

L'I.5 avançait ainsi : « *non seulement, il y a l'effet blouse blanche, [...], il faut temporiser, il faut pas systématiquement non plus se jeter, en se disant, ben tel et tel chiffre est élevé, on va*

tout de suite augmenter le traitement », et l'I.13, en rapport avec son expérience : « *c'est arrivé aussi qu'on traite par excès, et puis c'est pas top ; les gens font des malaises, se cassent la figure* ».

Selon les chiffres mesurés, six praticiens peuvent ne pas intensifier le traitement de leurs patients : « *une tension à 15/9, je vais dire, bon on verra ça la prochaine fois* » (I.2, jeune médecin récemment installé), et « *à moins bien entendu, qu'on soit avec, (hésitation), des chiffres en automesure au-delà de 20/10* » (I.15, plus âgé).

Pour plus du tiers des praticiens, l'inertie est variable **selon la spécialité** à laquelle ils sont confrontés. Une majorité d'entre eux (6/7) déclarait pourtant une adhésion forte aux recommandations.

Ainsi, pour l'I.3 : « *sur le diabète, je pense être un peu plus incisive, [...], là, je pense que j'ai plus tendance à intensifier le traitement directement* », quand pour l'I.7, au contraire : « *par exemple, diabète, je vais pas toujours l'intensifier* ».

Enfin, l'informatrice 14 fait preuve d'inertie clinique lorsqu'elle ne majore pas le traitement de certains **patients asymptomatiques**, bien que cela soit indiqué : « *s'ils sont pas symptomatiques, voilà, moi je leur laisse un peu plus de temps* ».

iv. *Le temps*

Le manque de temps, ou encore le retard en consultation, est un facteur d'inertie clinique pour neuf praticiens, la plupart de sexe féminin. On notera par ailleurs que cet argument a été avancé par une majorité de médecins qui exercent en groupe.

Le **manque de temps** est à l'origine de l'inertie de huit praticiens. La plupart sont plus âgés et exercent en groupe.

L'I.3 nous confiait à cet égard : « *ça peut être un manque de temps, c'est sûr* », et l'I.7 : « *on n'a pas toujours le temps* ». L'I.9 ajoutait que : « *si je veux prendre correctement un truc en charge, faut aussi qu'on me laisse le temps de le faire* », ou l'I.18 : « *en médecine générale, on est quand même pressé par l'horloge* ».

Deux praticiens dénonçaient le **retard** dans leurs consultations.

Le praticien 2 rapportait : « *si je suis en retard, [...], je vais dire, bon on verra ça la prochaine fois* », et l'I.10 : « *on a la pression quand même, du monde, des gens à voir* ».

Le praticien 9, une femme d'âge moyen, évoquait la **période de l'année** et son influence sur la prise en charge de ses patients : « *ça dépend aussi beaucoup, de la période de l'année* », et « *un type pour son renouvellement classique, [...], tu le vois au mois d'août, où t'as beaucoup moins de monde, [...], t'as le temps de tout revoir* ».

v. **Cadre de la pratique**

Le **risque d'extrapolation fautive** a été mis en exergue par deux jeunes remplaçants : « *tu peux toujours te dire, ah ben j'ai mal regardé, justement, le patient rentrait pas dans cette case-là ou dans cette case-là, j'ai dû peut-être me tromper* » (I.8) et « *il faut pas qu'il y ait de comorbidités aussi ou qu'on mette un traitement qui sera mal toléré* » (I.16).

Le praticien 8 ajoutait être parfois limité par **le flou de certaines recommandations** et faire ainsi preuve d'inertie clinique malgré lui : « *c'est pas hyper clair les objectifs de tension* ».

Enfin, le praticien 19, plus âgé, observait de façon plus générale **l'altération de la qualité des soins en raison d'un nombre de médecins en décroissance** : « *il y a plus assez de médecins, [...], les gens, ils vont être mal soignés dans les années qui viennent, [...], parce que, on peut plus faire avancer les choses, [...], on court de trop* ».

vi. *La consultation libre*

Cette dernière constitue un motif d'inertie pour l'informateur 2 : « *en consultations libres, faut enchaîner* ».

Ce jeune homme exerce depuis peu en cabinet de groupe et se disait très en faveur des recommandations.

vii. *Le médecin remplaçant*

Les praticiens 8 et 17, tous deux jeunes médecins remplaçants, ont évoqué leur **position de soignant remplaçant** mais également **l'inertie du médecin remplacé**.

Ainsi, l'I.8 nous expliquait : « *tu leur dis, ben écoutez, vous avez 15/9, c'est un peu beaucoup, il faudrait peut-être prendre un traitement. Oui mais à chaque fois, j'ai ça, mon médecin traitant, il me dit que c'est bon, machin. Alors toi, en tant que remplaçant, tu vas pas leur dire...* ». L'I.17 ajoutait : « *en tant que remplaçant, c'est assez délicat de changer des traitements, chroniques, [...], si c'est une situation qui est stable cliniquement, j'temporise,*

parce que je suis médecin remplaçant, [...], c'est peut-être les objectifs qui lui ont été définis avec le médecin »

B. Moyens de lutte contre l'inertie clinique

i. Action sur le praticien

Quinze praticiens, plus âgés pour la plupart, ont cité des moyens de lutte contre l'inertie clinique centrés sur le praticien.

Avoir conscience de son inertie est considéré par huit praticiens comme un moyen de lutte contre cette dernière.

À cet égard, l'I.5, (plus âgée et en adhésion partielle avec les recommandations), nous confiait : *« c'est difficile de penser à tout, mais c'est bien de te poser la question »*, et l'I.6, (plus âgé et moins favorable aux recommandations), ajoutait : *« ça m'arrive de me dire que je me suis planté et que voilà, il faut faire autrement, [...], quand je sens que je suis pas efficient, [...], ben j'essaye de faire en sorte que ça ne se reproduise plus »*.

Une minorité de médecins a mis en avant les **formations ou groupes de pairs** comme moyens de lutte contre l'inertie clinique : *« depuis que j'ai eu certaines formations où on disait justement qu'il y avait de l'inertie clinique, je vais essayer d'être plus attentif »* (I.2) et *« quand tu maîtrises mieux un sujet qu'un autre, tu es peut-être plus exigeant et un peu respectueux du cadre, [...], je pense que c'est surtout dépendant de la formation que tu as sur un sujet »* (I.7).

Cinq praticiens s'astreignent à une **analyse, ou « check-up », de leurs consultations** en fin de journée, afin de s'assurer de n'avoir rien oublié.

Le praticien 2 nous confiait : « *chaque jour, on se dit, est-ce que j'ai pensé à tout, est-ce que j'ai tout fait* ». D'autres procèdent à une vérification pendant la consultation, comme par exemple l'I.19, un médecin plus âgé : « *quand les gens viennent au cabinet, [...], je re-regarde quand est-ce qu'ils ont été chez le cardio, quand est-ce qu'ils ont été chez l'ophtalmo, je relance le truc, [...], j'me repose les questions* ».

Le praticien 2, récemment installé, **prend des notes** au cours de certaines consultations complexes afin d'étudier les recommandations concernées sur son temps libre : « *ça m'arrive des fois de noter des patients, je revois ce que j'ai fait sur certains, euh, à la fin de la journée pour réfléchir à froid sur ce que j'ai fait* ».

Par ailleurs, le praticien 12, un homme d'âge moyen, nous expliquait **préparer ses consultations** dans la mesure du possible : « *quand, je sais, par exemple, déjà pour quelle raison, le patient a rendez-vous, par exemple, il peut m'arriver de revoir, [...], les recommandations parce que je sais par anticipation, ce qu'il va falloir un peu faire* ».

L'échec conduit trois médecins plus âgés, tous de sexe masculin, à une remise en question et les amène à améliorer leur pratique.

Le praticien 12 rapportait : « *suite à des échecs par exemple : bien sûr que je vais me remettre en question et puis, essayer de comprendre, ben, qu'est-ce que j'ai mal fait, essayer de faire mieux* », et l'I.19 ajoutait : « *j'me remets en question quand les choses vont pas et j'essaye de revoir le problème* ».

Un praticien plus âgé, et déclaré comme peu adhérent aux recommandations, évoquait sa **peur du manque d'efficacité** : « *c'est un truc qui m'angoisse, [...], comme ça m'angoisse, je me questionne et je fais en sorte d'améliorer le truc* » (I.6).

Cinq praticiens, dont une majorité de médecins plus âgés, s'enquière de l'**avis d'un confrère spécialiste** afin d'éviter l'inertie clinique dans leurs consultations.

L'I.4 nous disait : « *j'ai déjà téléphoné à Antibiolor ou à un confrère spécialiste* », et l'I.11 : « *je trouve ça très bien qu'il y ait des médecins à l'hôpital, [...], ils font de la formation, ils ont des infirmières qui sont là pour ça et puis après, ça revient, et on essaye d'être dans les clous* ».

Le praticien 4 ajoutait qu'**être remplacé** constitue un moyen de lutte contre l'inertie clinique : « *les remplaçants, c'est important, parce qu'on a une autre méthodologie, qu'on peut apprendre de l'un et des autres* ».

Être plus jeune est considéré comme un facteur de lutte par le praticien 16, elle-même jeune remplaçante : « *on arrive avec nos dernières reco, à jour de certaines pratiques, [...], il y a peut-être un gros biais, c'est parce qu'on est jeune* ».

Le praticien 18 réalise des **prescriptions anticipées**, que le patient adaptera à ses résultats d'automesures : « *souvent, j fais des prescriptions avec possibilité de majorer le traitement* ».

Ce médecin plus âgé disait ne pas lire les recommandations.

L'informatrice 19 **établit, pour certains patients, des prescriptions limitées dans le temps** et se réjouit de l'émergence **de nouvelles molécules** afin d'améliorer l'observance du patient. Ce praticien se déclarait peu adhérent aux recommandations.

Il nous disait d'une part : « *j'lui ai fait une ordonnance que pour un mois* », et d'autre part : « *il y a des nouveaux traitements comme le TRULICITY, [...], c'est simple ! Tout le monde peut le faire, c'est pas compliqué* ».

ii. *Action sur le patient*

L'action sur le patient a été avancée par quatorze soignants comme moyen de lutte contre l'inertie clinique. Parmi ces médecins, on ne compte qu'une minorité de remplaçants et de praticiens installés seuls.

Quatre praticiens, dont une majorité d'hommes, usent de **répétition ou de conseils pratiques pour tenter de convaincre** le patient du bien-fondé de leurs prescriptions : « *je vais essayer de le convaincre, d'être très convaincant, même le répéter à plusieurs consultations s'il veut pas* », (I.12) et « *je lui dis, ce serait bien que vous le fassiez, [...], j'vous encourage vivement à le faire, on se revoit* » (I.15).

La relation de confiance entre le praticien et son patient contribue à lutter contre l'inertie clinique pour certains praticiens. Elle a été citée par une majorité de médecins plus âgés (3/5). L'I.4 nous confiait dans ce sens que : « *si t'as pas en plus l'adhésion du patient, t'obtiendras rien je pense* », et l'I.5 d'ajouter : « *ils sont pas toujours observant, [...], c'est pour ça qu'il faut cette énorme relation de confiance entre le patient et le médecin* ».

Écouter le patient et se mettre à sa portée constituent des moyens de lutte contre l'inertie clinique pour deux praticiens de sexe féminin.

L'I.4 disait ainsi : « *l'écoute, aujourd'hui, je pense que c'est 50% de notre diagnostic* », et l'I.13 : « *se mettre à la portée du patient, et lui parler avec des métaphores, des choses simples* ».

Deux praticiens, toutes deux d'âge moyen, considèrent **l'éducation du patient** comme un moyen de lutte contre l'inertie clinique : « *j'ai des patients aujourd'hui, ils viennent automatiquement avec leurs automesures, [...], ils savent qu'en fonction de ça, tu vas peut-être modifier leur traitement ou pas* » (I.4), et « *les gens le savent, ils viennent pas avec cinquante problèmes* » (I.9).

Les praticiens 1 et 4 établissent **un contrat avec le patient** pour lutter contre l'inertie clinique, « *en lui mettant des objectifs temporels et de chiffres* » (I.1).

Deux informatrices **anticipent une éventuelle intensification de traitement**, en l'expliquant au patient lors d'une consultation antérieure.

L'I.10 nous indiquait : « *déjà l'insuline, il faut préparer le patient, il accepte rarement la première fois* ».

Un **profil cognitif limité**, cité précédemment comme facteur d'inertie clinique, est considéré par un jeune remplaçant comme un moyen de lutte, en ce qu'il facilite une intensification thérapeutique : « *il est un peu limite, tu vas plus facilement lui mettre un traitement* » (I.8).

Enfin, un praticien plus âgé nous indiquait **menacer le patient** afin qu'il adhère à ses prescriptions. Il nous exposait la situation de l'un de ses patients : « *j'ai dit que s'il venait*

la prochaine fois sans rendez-vous pour le cardio, sans la prise de sang, [...], que j'allais me fâcher ou que je m'en occuperai plus » (I.19).

iii. *La consultation*

Une grande majorité de soignants a évoqué des moyens de lutte contre l'inertie clinique autour de la consultation. Ils ont, pour la plupart, fini leurs études avant 2012 et sont de sexe féminin.

Lors d'une consultation pour suivi d'un traitement chronique, trois soignants plus âgés proposent à leur patient d'**écourter le délai entre deux visites** afin de lutter contre l'inertie clinique.

L'I.4 déclarait : *« au lieu de se revoir dans trois mois, on va se revoir dans six semaines, [...], donc il y a de l'inertie, mais j'essaye quand même... »* et l'I.7 : *« je les vois un mois après en leur disant, on se revoit, on recontrôle »*.

Face aux **demandes compétitives**, huit praticiens, dont la plupart exerce en groupe, **demandent au patient de revenir** ou **limitent simplement les motifs de consultation** : *« je dis, les trois soucis les plus urgents, en lui demandant de revenir pour les choses secondaires », (I.1)* et *« c'est généralement maximum trois choses » (I.6)*. Le praticien 9 ajoutait : *« ben je dis, non, vous reprenez rendez-vous, [...], faut que chacun y mette du sien »*.

En cas de doute, plus de la moitié des praticiens **revoit ou rappelle le patient** afin de proposer une prise en charge adaptée aux recommandations, et de lutter ainsi contre l'inertie clinique.

L'informatrice 5, plus âgée, nous déclarait à cet égard : *« si j'ai un souci, [...], je m'informe et je fais revenir le patient et je l'applique (ndla : la recommandation) »*. L'I.14, qui exerce sans

secrétariat, sur consultations libres, ajoutait : « *ce week-end, je vais quand même regarder, [...], si j'ai des choses à faire ou pas, et dans ce cas-là, je les rappelle* », et l'I.16 : « *ça laisse le temps toi de regarder aussi, de te renseigner, ou de rappeler un spé* ».

Trois praticiens considèrent qu'un **examen systématique** de chacun de leur patient, et ce pour chaque consultation, contribue à lutter contre l'inertie clinique. Aucun des remplaçants, ni des praticiens avec une forte adhésion déclarée aux recommandations, n'a proposé l'examen systématique comme moyen de lutte.

L'I.10 rapportait : « *quand quelqu'un vient pour un certificat pour un gamin, [...], je prends quand même le temps, de le mesurer, [...], de regarder le vaccin, [...], c'est quand même aussi l'occasion de faire un petit peu un point* », et l'I.19 d'ajouter : « *j'ai horreur de passer à côté de quelque chose. C'est toujours la crainte. Donc, je réexamine toujours les gens* ».

Le temps reste un moyen de lutte contre l'inertie clinique. Ainsi, six praticiens font **revenir leur patient en cas de manque de temps**.

L'I.1, qui exerce à mi-temps, nous disait : « *avoir du temps pour pouvoir réfléchir, c'est important* », et l'I.18, qui a souffert d'un burn out : « *on a aussi la liberté de se dire, [...], on va se revoir dans huit jours parce que là, c'est pas possible* ».

Le soignant 9, une femme d'âge moyen, estime qu'il convient de **prendre son temps** : « *on accorde le temps qu'il faut, quitte à avoir une heure de retard, [...], sur mes dix minutes de temps nécessaire, je peux facilement les accorder à introduire ou modifier un traitement ; j'estime que c'est mon boulot* ». Ce praticien disait ne pas s'intéresser aux recommandations.

Enfin, l'I.6, un homme plus âgé, s'emploie à une **organisation de son planning**. Il déplace en fin de journée des rendez-vous susceptibles de nécessiter un temps supplémentaire : « *quand je sais qu'une consultation va être longue, [...], ben je le déplace plutôt à un certain moment de la journée, fin de journée notamment* ».

iv. *Moyens techniques*

Près de la moitié des praticiens a mis en avant **le secrétariat, l'informatique, les consultations sur rendez-vous** ou encore **l'exercice en groupe** comme moyens de lutte contre l'inertie clinique. Sept de ces neuf soignants exercent en groupe, sur rendez-vous et avec l'aide d'un secrétariat.

L'I.5 (femme plus âgée) rapportait au sujet de l'informatique : « *c'est un outil qui nous a énormément facilité la vie, par rapport aux ordonnances, par rapport aux contre-indications* », et l'I.14 (femme d'âge moyen) : « *par exemple les colo, en 2025, tu vois, ou machin, ben je les mets en mémo quoi. Comme ça j'me dis, il y aura pas de loupé* ». L'I.12 nous disait au sujet des consultations sur rendez-vous : « *avec les patients, que je vois sur rendez-vous par exemple, pour les renouvellements de traitement, [...], je leur dis, bon ben écoutez là, on prend cinq minutes, on fait juste le point* ».

Dix praticiens remettent des documents à leurs patients (**automesures tensionnelles** notamment) et les revoient en cas de chiffres pathologiques. Ces soignants sont pour la plupart d'âge moyen ou plus âgés.

Le praticien 13 rapportait : « *je vais demander aux gens de faire des automesures, et de revenir me voir, quinze jours après, ou un mois après* », et l'I.18 indiquait à ses patients : « *trois jours*

de trois prises successives, à des moments différents, et noter, et puis, on peut se revoir, si vous dépassez les chiffres ».

v. **Cadre administratif**

Les praticiens 12 (âge moyen) et 13 (plus âgé) utilisent les **RBP** comme moyens de lutte contre l'inertie clinique.

Le soignant 12 nous disait : *« les recommandations par exemple, pour le suivi du diabétique, moi ça me sert beaucoup, je les ai en tête, et puis j'essaye de faire le point ».*

La **ROSP** est un outil de lutte contre l'inertie clinique pour quatre praticiens.

L'I.10 la considérait comme *« une bonne façon de voir, et même d'améliorer sa pratique »* et ajoutait : *« on acquière de nouvelles habitudes ».*

Enfin, l'**aspect médico-légal des recommandations** encourage trois praticiens à limiter leur inertie.

L'I.15, plus âgé, nous disait : *« les valeurs de cholestérol, alors là j'essaye de respecter de façon assez stricte, parce que j pense que c'est médico-légal »*, et l'I.16, jeune remplaçante, au sujet de l'observance des patients : *« il fait ce qu'il veut, mais l'ordonnance sera faite et il prendra ce qu'il veut ».*

C. **Explications au patient en cas d'inertie clinique**

Une majorité de praticiens (14) **informent leurs patients** face à une situation d'inertie clinique.

Selon nos données, les femmes sont néanmoins plus enclines aux explications.

L'I.4 considère même ces explications comme un moyen de lutte contre la non-observance de ses patients : « *j'ai aucun problème à dire à mes patients, écoutez là je suis pas sûr de moi* » et ajoutait, « *les gens, si tu expliques pas, si tu parles pas, ils vont dire, oui, oui, oui, mais ton traitement, ils le prendront pas* ». Le praticien 8 nous disait : « *je leur explique que là, concrètement, je ne sais pas, ou alors je leur dis qu'il y a des nouvelles recommandations, ou que ça ne relève pas du généraliste, qu'il faut que je me renseigne un petit peu de mon côté, [...], je l'écris dans le dossier et je le dis au patient* ». Pour l'I.14, l'intensification ou l'instauration d'un traitement sont toujours considérées comme « *une réflexion avec le patient* ».

Deux praticiens de sexe masculin nous disaient donner des informations à leurs patients **selon le cas rencontré**.

L'I.12 nous expliquait ainsi fournir des explications face à des cas complexes : « *quand c'est vraiment, je sais pas moi quelque chose d'un peu complexe, je peux lui dire, écoutez, voilà, c'est un peu compliqué, je sais pas exactement* ».

L'informatrice 1, une femme d'âge moyen, fournit plus ou moins d'explications **selon le moment de la journée** : « *si ce patient, il vient à 8h du matin, ben j'explique peut-être encore plus. Mais si ce patient, il vient à 13h, effectivement, je pense que j'explique mais moins longtemps* ». Elle se décrivait comme très adhérente aux recommandations.

Bien que décrivant une forte adhésion aux recommandations, le jeune informateur 2 n'avoue son inertie à son patient que **s'il maîtrise son sujet** : « *ben la tension, oui, je vais lui dire, parce que je sais exactement comment je vais faire, [...], une pathologie où je ne sais pas je vais pas forcément tout lui expliquer* ».

Le praticien 6, un médecin plus âgé, nous confiait **ne pas fournir d'explications** à ses patients : « *je me cache* ».

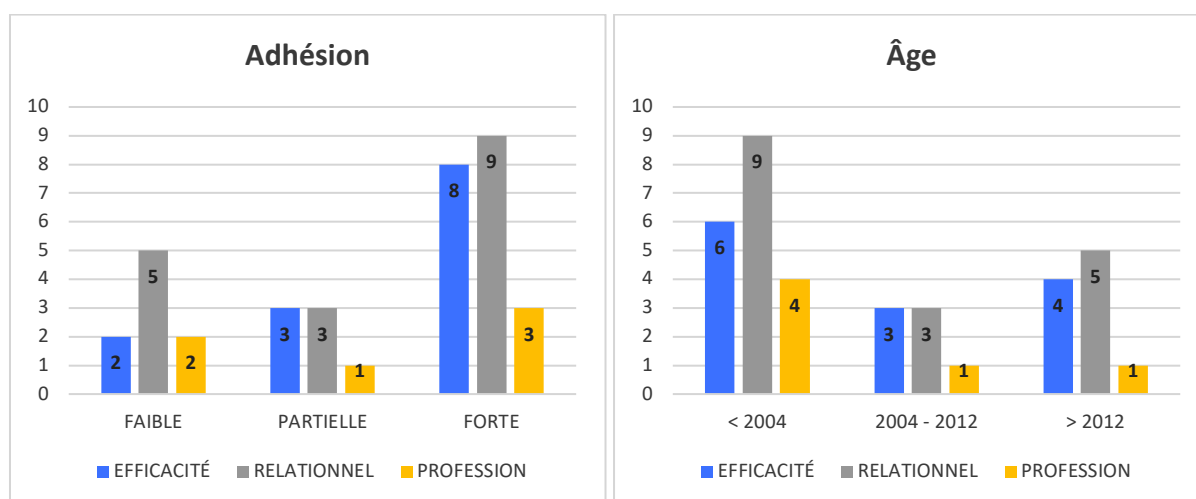
V. Ressenti du médecin généraliste

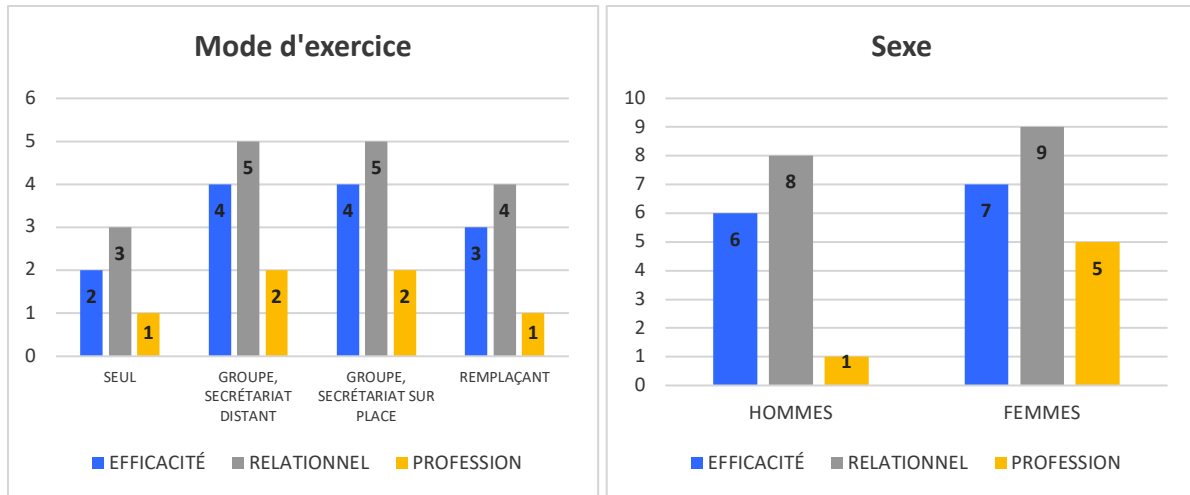
Enfin, nous nous sommes interrogés sur le ressenti du médecin généraliste face à de nouvelles règles au sein d'une profession en évolution. Ces dernières, qui ne constituaient pas la norme au début de leur pratique, sont aujourd'hui considérées comme le nouveau paradigme.

A. Aspects positifs de la profession

L'ensemble de ces résultats est présenté dans la figure 11.

Figure 11 : Ressenti positif





i. *Efficacité*

Plus de la moitié des praticiens (13) associe son épanouissement professionnel à un sentiment d'efficacité. Cinq de ces médecins précisaient encore éprouver de la **satisfaction lors de diagnostics difficiles**.

L'I.3 nous disait : « *avoir fait de beaux diagnostics, [...], c'est vrai que ça reste un peu grisant, que ce soit positif ou négatif* », et l'I.12 : « *te sentir efficace dans ton travail, ça apporte aussi, ben une satisfaction personnelle* ». L'I.15, convoqué par la CPAM pour prescription abusive d'arrêts de travail, ajoutait : « *heureusement, que je me sens efficace dans ma pratique, c'est ce qui me donne envie de me lever le matin et de venir là* ».

Une majorité de ces médecins se décrivait comme très adhérents aux recommandations.

ii. *Relation avec le patient*

Dix-sept soignants se sentent épanouis de par leur relation avec les patients.

L'I.6, qui se décrivait comme peu adhérent aux recommandations, expliquait : « *c'est assez émouvant, [...], c'est un boulot d'émotions et de relations, [...], c'est quand même un sacré luxe de vivre ça* », et l'I.10 : « *moi je crois que j'aime les gens, [...], ça me plaît ça, en fait, les*

échanges ». Au sujet de son épanouissement, l'I.12 répondait : « *principalement, quand même, le relationnel avec les patients, [...], ça peut apporter au bien-être personnel* ».

Douze de ces praticiens ajoutaient être épanouis par le **retour des patients** et le **sentiment d'utilité** qu'ils peuvent éprouver : « *quand le patient, il revient et qu'il te dit, ça va mieux, je me sens mieux, ou voilà quoi, je suis quand même content* » (I.7) et « *quand les gens aussi, ils me remercient, [...], c'est très valorisant ; ce côté-là est vraiment très agréable* » (I.17).

Deux praticiens de sexe féminin n'ont pas évoqué l'aspect relationnel de notre profession.

iii. *La profession*

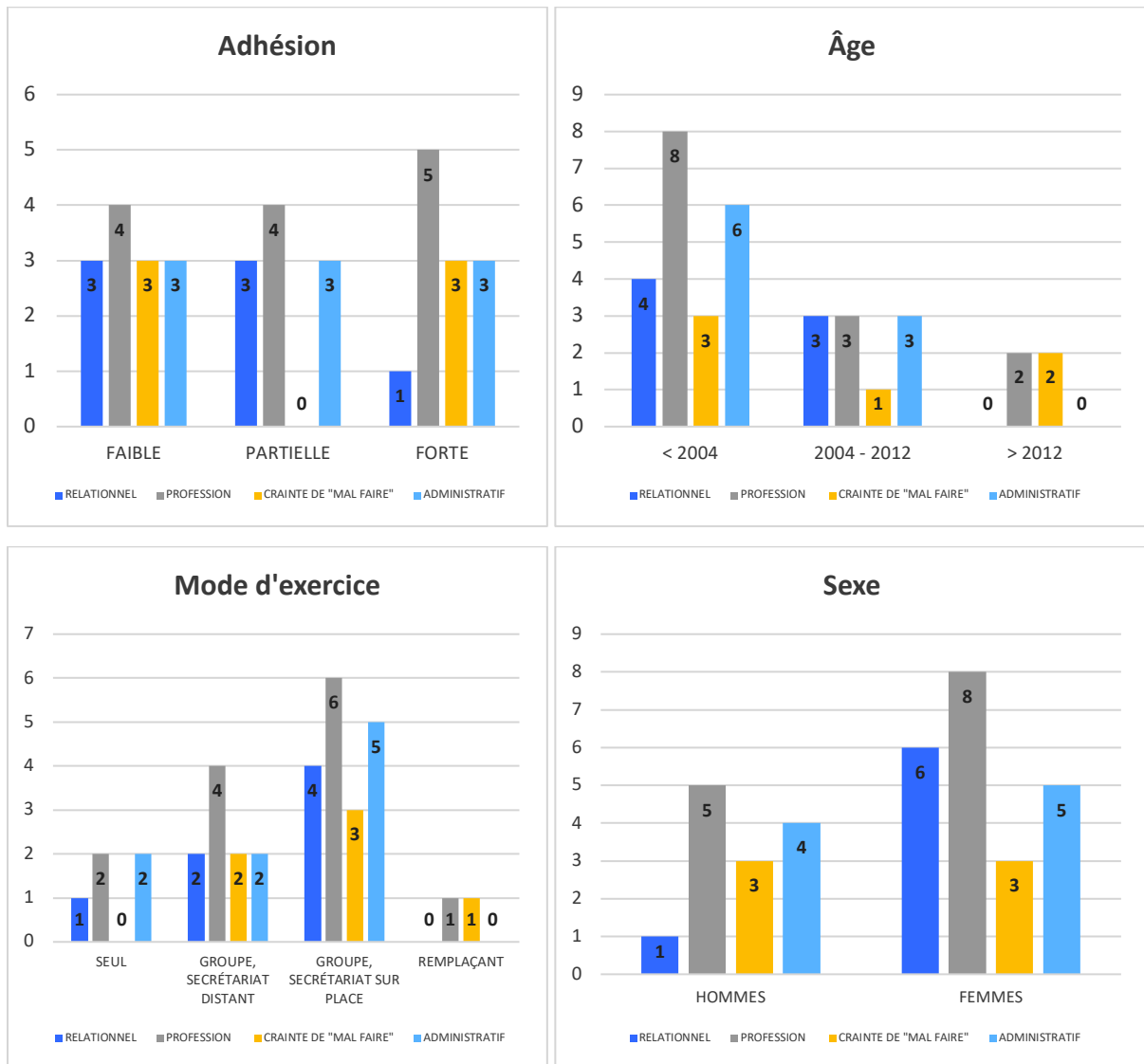
Certains praticiens, dont une majorité de femmes (5/6), sont épanouis par l'exercice de la médecine générale.

L'I.13 rapportait : « *intellectuellement, la médecine, ça peut être vraiment intéressant* », et l'I.19, au sujet de prises en charge palliatives : « *accompagner les gens en fin de vie, et puis d'arriver à les accompagner, c'est aussi une satisfaction* ».

B. Aspects négatifs de la profession

Les données sont présentées dans la figure 12.

Figure 12 : Ressenti négatif



i. *La relation avec le patient*

Sept praticiens, pour la plupart de sexe féminin, sont déçus de l'évolution de la relation médecin-malade : « les gens sont moins respectueux qu'avant, [...], ils vont sur internet, ils lisent des tas de choses, ils posent des questions complètement incongrues » (I.5, une femme plus âgée), et : « le manque de respect qui est de plus en plus omniprésent » (I.9, une femme d'âge moyen).

Aucun des jeunes praticiens n'a avancé cet argument.

ii. *La profession*

Plus de la moitié des soignants, dont une part importante de médecins plus âgés, a mis en avant certains aspects négatifs de l'exercice de la médecine générale. Les femmes sont, encore une fois, nombreuses à avoir proposé cette réponse.

Ainsi, l'I.4, plus âgée, évoquait les périodes épidémiques : « *quand t'es en période épidémique, c'est la grippe, tu te dis, [...], c'est pas comme ça que tu veux pratiquer* », ou encore le manque de reconnaissance de ses collègues spécialistes envers la médecine générale : « *les rapports avec nos collègues spécialistes sont compliqués, [...], les gens souvent pensent qu'on a choisi la médecine générale par défaut. Et ça, c'est compliqué*. L'I.14, qui exerce seule et sur consultations libres, sans secrétariat, nous parlait de la charge de travail : « *ça fait des grosses journées, [...], tu fais 8h du matin, [...], tu pars d'ici, il est 21h* ».

iii. *La crainte de « mal faire »*

Cet argument a été avancé par six des praticiens interrogés, et ce quels que soient leur âge et leur degré d'adhésion déclarée aux recommandations.

L'I.7 avançait dans ce sens : « *j'essaye vraiment de le faire du mieux que je peux, [...], je peux pas dire que je sois pas heureuse dans mon boulot, après t'as pas toujours l'impression de faire de la bonne médecine non plus* ». L'I.9 ajoutait encore : « *il y a d'autres fois où tu penses que t'as raté un truc, [...], et tu t'en veux, tu te tracasses* ».

iv. *L'administratif*

De nombreux praticiens évoquaient une surveillance plus accrue de leur pratique, souvent associée à une perte de liberté. Les plus jeunes médecins n'ont pas décrit ce sentiment de régulation de leur pratique.

À cet égard, l'I.5 constatait : « *rendre des comptes, [...], on n'avait pas du tout ce genre d'activités avant et la sécu avait nettement moins d'impact sur nous, [...], on est chapeauté, c'est un petit peu pénible* ». Le praticien 19 ajoutait : « *le problème de ce système-là, c'est qu'on est obligé de tout pouvoir justifier, [...], donc après, on justifie, c'est une perte de temps. C'est du temps qu'on passe à faire autre chose que de soigner les gens* ».

DISCUSSION

I. Intérêts et limites de l'étude

A. Intérêts

i. *Pertinence du sujet*

Depuis son émergence dans les années 90, l'inertie clinique a donné lieu à de nombreux écrits (4) et l'on a bien souvent reproché au médecin généraliste d'en être la cause, de par son manque d'engouement pour ce nouveau paradigme qu'est l'EBM. Les différents articles publiés se sont intéressés aux recommandations, à l'inertie clinique ainsi qu'à l'épanouissement du médecin mais ce bien souvent de façon indépendante. En tant que jeune médecin généraliste, il nous a ainsi semblé judicieux d'associer ces trois paramètres afin de mieux appréhender la pratique de la médecine générale aujourd'hui.

ii. *Échantillon*

La population a été sélectionnée afin de proposer un échantillon diversifié par rapport au mode d'exercice (33), à l'âge (34) et au sexe (35), autant de paramètres souvent cités comme affectant l'inertie clinique du praticien.

Par ailleurs, notre échantillon est globalement représentatif de la médecine générale en France. En effet, en 2018, la moyenne d'âge nationale des médecins généralistes était de 50,6 ans. On notait par ailleurs une féminisation de la profession (36).

B. Limites

i. *Biais de sélection*

Aucun des médecins interrogés n'exerce une activité de maître de stage universitaire, activité susceptible d'exercer une influence sur le rapport à l'inertie clinique. Toutefois, le sens de cette influence n'est a priori pas univoque : en effet, si on peut supposer que le maître de stage universitaire endosse consciemment un rôle de modèle, il ne s'ensuit pas forcément qu'il affiche ostensiblement une adhésion aux recommandations et des efforts de lutte volontaire contre l'inertie clinique. Un maître de stage universitaire peut avoir à cœur, sur un sujet aussi sensible que celui de l'inertie clinique, de proposer un discours conforme à ce qui est attendu de lui compte tenu de son statut. Pour ne pas avoir à multiplier les hypothèses concurrentes dans l'analyse des entretiens, nous avons délibérément choisi de ne pas interroger de médecin maître universitaire.

De ce fait, notre échantillon ne peut être totalement représentatif de la médecine générale au niveau national.

ii. *Biais d'évaluation*

Le praticien 5 s'est enquis du sujet la veille de l'entretien et était le seul des médecins interrogés à avoir connaissance du terme d'inertie clinique. Nous supposons des recherches en amont de l'interview de nature à altérer le caractère spontané de ses réponses.

L'entretien 15 s'est avéré plus complexe en raison d'un « traumatisme » lié à une sanction disciplinaire, qui a été évoquée à de nombreuses reprises au cours de l'entretien ; il nous a ainsi semblé opportun de ne pas poser certaines questions, au risque de freiner davantage l'informateur.

Certains informateurs étaient connus de l'enquêteur et nous ont semblé plus enclins à répondre à nos questions. Les autres praticiens, au contraire, se sont avérés pour certains plus réticents face à des questions qui ont parfois pu remettre en question leur pratique (28) ; (37).

iii. *Biais d'interprétation*

En dépit d'un dessein objectif lors de l'analyse des données, nous ne pouvons nier une certaine part de subjectivité, inhérente à toute étude qualitative.

Ce biais a néanmoins été nuancé par un codage des données réalisé en binôme.

II. Degré d'adhésion

Le degré d'adhésion déclaré aux recommandations semble être intimement lié au mode d'exercice, au sexe ou encore à l'âge. Les données de notre étude sont, dans l'ensemble, cohérentes : les informateurs plus jeunes ou qui exercent en groupe se disent favorables aux recommandations, au contraire des médecins plus âgés ou qui exercent seuls. Néanmoins, quatre informateurs contredisent ces résultats.

L'un d'entre eux, très affecté par une convocation devant la CPAM, défend avec ferveur une prise en charge en totale adéquation avec les recommandations.

L'informateur 14, qui affiche une adhésion partielle, est d'âge moyen mais exerce seul, sur consultations libres et sans secrétariat, dans un milieu rural qualifié de zone d'intervention prioritaire (38).

Les praticiens 9 et 18 décrivent une faible adhésion aux recommandations. La première, bien que d'âge moyen, privilégie l'enseignement reçu de ses pairs au détriment des recommandations. La seconde a, quant à elle, fait l'objet d'un burn out, qui l'a incitée à reconsidérer sa pratique de la médecine générale.

III. Recommandations de bonne pratique

A. Intérêt et lecture des recommandations

i. *Lecture*

Les trois praticiens de notre étude qui ne lisent pas les recommandations n'exercent pas forcément seuls ou sans moyens techniques. En revanche, l'âge pourrait être déterminant car tous les intéressés ont fini leur internat avant 2004.

L'intérêt pour la recommandation dans son intégralité est toujours motivé par la lecture de son résumé, mais reste limité à des facteurs qui dépendent du praticien, ainsi qu'à des critères temporels ou liés à la densité du texte. Dans notre étude, ces médecins affichent une adhésion forte aux recommandations et exercent en groupe ou en tant que remplaçants. Dans la littérature, l'exercice en groupe est en effet souvent associé au gain de temps médical (39).

On notera cependant que la seule lecture du résumé ou des conclusions de la recommandation ne permet pas d'adopter une attitude critique envers cette dernière (40) et limite ainsi le praticien à l'utilisation de « *raccourcis synthétiques* » (27).

Certains informateurs, plus âgés, à l'exercice en groupe, s'intéressent à une littérature médicale indépendante en laquelle ils ont confiance, comme le confirme une étude publiée par Putnam et al (41).

Pour l'ensemble des praticiens interrogés, seule l'antibiothérapie fait l'objet d'une recherche quotidienne. Cette dernière, simplifiée par les outils (42) mis à la disposition du médecin, s'inscrit dans un cadre purement pratique de prescription courante.

ii. *Intérêt pour les recommandations*

Lors des entretiens, nous avons finalement préféré le terme de « recommandation » à celui d'EBM : en effet, pour l'ensemble des praticiens interrogés, et ce quel que soit leur âge, ces deux notions sont synonymes. Comme le souligne Guillaume Savard dans sa thèse, ce qui se voulait être une méthode d'apprentissage dans les années 90 est finalement devenu une « médecine » à part entière (43).

Néanmoins, si la médecine factuelle recommande aux praticiens de se baser sur les meilleures données de la science, elle les enjoint également à se baser sur leurs expériences ainsi que sur les préférences du patient. Il est aisé de comprendre que ces jeunes médecins, en début de carrière, pour la plupart remplaçants, occultent leur expérience. En revanche, omettre le patient, troisième cercle de l'EBM, risque de leur faire perdre de vue toute la dimension éthique de leur pratique.

Selon Putnam et al, les praticiens seraient aujourd'hui plus intéressés par les recommandations qu'il y a quelques années (41). Dans notre étude, l'intérêt porté aux recommandations semble cependant être corrélé au jeune âge des praticiens.

Ces praticiens plus jeunes n'ont pour autant pas toujours été sensibilisés aux recommandations par leur enseignement universitaire.

L'apprentissage des recommandations via les délégués de la CPAM est, quant à elle, le lot des médecins plus âgés ou se déclarant peu adhérents aux RBP.

Gérard Reach, dans son ouvrage sur l'inertie clinique, avance que : « *la recommandation permet de limiter l'incertitude qui conduit à l'indécision* » (19). Ainsi, pour certains praticiens, la recommandation représente une ligne de conduite qu'ils estiment parfois nécessaire face à des dérives dans les pratiques de certains collègues. Cette notion a également été avancée dans une étude belge publiée en 2015 (37). Le mode d'exercice et l'âge semblent déterminants dans notre thèse : d'une part, nos informateurs ont quitté la faculté après la création de l'HAS et, d'autre part, ils sont installés en groupe ou exercent en tant que remplaçants.

Si le médecin suit les recommandations, « *statistiquement, il ne fera pas d'erreur* » (31) : dans notre étude, le suivi des recommandations reste rassurant quel que soit l'âge des praticiens interrogés, mais est plus marqué chez les femmes.

En parallèle, l'aspect médico-légal que revêt aujourd'hui l'exercice de la médecine incite l'ensemble des informateurs à s'intéresser aux recommandations. En effet, il est aisé de comprendre les craintes des médecins lorsque l'on sait qu'en cas de plainte, il ne sera pas protégé s'il applique une recommandation jugée obsolète (44).

Enfin, la confiance accordée aux experts peut inciter certains praticiens à lire les recommandations, et en particulier ceux qui affichent une forte adhésion à ces dernières.

Il convient de relever que lors de notre revue de la littérature, nous n'avons retrouvé qu'un nombre limité d'articles traitant de l'intérêt porté aux recommandations par les praticiens, tandis que de nombreux travaux traitent des freins qui limitent les médecins dans leur lecture.

B. Frein à la lecture des recommandations

Le peu d'intérêt témoigné par les praticiens aux recommandations semble être corrélé à leur âge plutôt qu'à leur degré d'adhésion déclaré. En effet, les informateurs affichant une forte adhésion aux recommandations ont même cité de nombreux freins qui les limiteraient dans leur lecture.

Le manque de temps reste au cœur des préoccupations de la majorité des médecins interrogés, comme cela est souligné par de nombreux articles (45) ; (2). Si les praticiens plus âgés semblent un peu plus sensibles à ce phénomène, il n'en reste pas moins que le temps vient à manquer à la plupart de nos informateurs lorsqu'il convient de lire des recommandations et de mettre leur pratique à jour. Lorsque l'on sait qu'il faudrait lire 17 articles par jour, 365 jours par an (6), afin de se tenir informé au mieux de l'actualité médicale, il nous semble alors aisé d'appréhender cette notion.

Ainsi, la recommandation, par sa complexité, son format, ou encore son vaste champ d'application, limite leur lecture par les praticiens. Les contradictions entre certaines recommandations ont également été évoquées dans notre étude mais également dans une

parution en date de 2006 (46). Une fois encore, ce sont les praticiens qui affichent une forte adhésion aux recommandations qui sont les premiers à évoquer ce frein.

Certaines études affirment que moins du tiers des traitements « recommandés » le seraient sur la base d'essais cliniques dits de haute qualité (47) ou encore que la grande majorité (75%) des articles publiés dans de prestigieuses revues médicales seraient issues de groupes commerciaux (10). Dans notre étude, seuls les médecins plus âgés ont fait part de leur réticence face aux enjeux financiers en action dans l'édition des recommandations.

Ces praticiens plus âgés, mais également les médecins avec une forte adhésion déclarée pour les recommandations, ont insisté sur la nécessité de rester critique face aux recommandations afin de veiller à les utiliser au bénéfice du patient. Les médecins plus âgés pourraient ici vouloir légitimer leur manque d'adhésion aux recommandations, au contraire des praticiens les plus adhérents, qui, soucieux de leurs lectures, la limitent aux articles les plus pertinents.

Dans ce sens, il nous paraît intéressant de citer l'étude ACCORD sur la prise en charge du diabète de type 2. Cette dernière a été suspendue prématurément en raison des « *risques associés au traitement intensif* » pour le patient. Gerstein et al insistaient alors sur la nécessité d'une approche individuelle plutôt que sur l'application systématique de règles (48).

Ces mêmes praticiens privilégient l'avis de confrères spécialistes au détriment des recommandations de bonne pratique.

Des auteurs ont interrogé des médecins généralistes quant à leur prise en charge du diabète de type 2 (49). Pour ces derniers, « *l'introduction des RPC (recommandations pour la pratique clinique) induit une uniformisation des pratiques à l'origine d'un contrôle de leur exercice (introduction de normes) qu'ils estiment contradictoire avec l'exercice de la médecine générale*

libérale ». Dans notre étude, cette notion est retrouvée chez les médecins plus âgés ou qui exercent seuls. Les femmes sont également plus sensibles à cette nouvelle contrainte d'exercice.

Le « *manque de motivation* » des praticiens à la lecture et l'application des recommandations a été cité dans une publication de 2010 (50) mais n'a pas été évoqué par nos informateurs.

Nous pouvons dès à présent souligner la polémique suscitée par les recommandations, et cela même auprès de praticiens qui se déclarent pourtant adhérents à la médecine factuelle. Si elles représentent une ligne de conduite nécessaire devant des contraintes médico-légales aujourd'hui plus marquées, leur légitimité est souvent remise en question, même par ses défenseurs. En effet, les médecins de notre étude qui affichent une adhésion forte ou partielle aux recommandations ont évoqué de nombreux freins à l'intérêt qu'ils peuvent leur porter.

C. Application pratique de la recommandation

Une fois encore, les RBP suscitent bien des contradictions : alors que les jeunes praticiens affichent tous une adhésion forte aux recommandations, ils estiment que leur application pratique n'est pas toujours possible. C'est également le fait de la grande majorité des praticiens interrogés, qui estime que les recommandations proposent un cadre trop formel pour être toujours transposées à leur exercice.

Sackett lui-même, bien que promoteur de la médecine factuelle, avouait des difficultés à son application pratique (45). En parallèle, il est bien souvent reproché aux recommandations de ne s'intéresser qu'à des groupes d'individus moyens plutôt qu'à un patient dans son individualité, ce qui limite *de facto* leur « *applicabilité [...] et leur transposition en pratique quotidienne* »

(51). Les dernières publications des associations américaine et européenne du diabète ont récemment proposé des recommandations à adapter par le praticien à son patient, plutôt qu'un algorithme décisionnel à appliquer à dans un contexte général (31) : les experts prennent-ils eux aussi conscience des difficultés d'application pratique de la médecine factuelle ?

D. Place de l'expérience et de l'intuition

Canguilhem écrivait que « *les normes existantes, constitutives de la vie sociale, peuvent être confirmées mais aussi infirmées par l'expérience du vivant humain qui puise dans sa normativité interne la capacité d'élaborer des contre-normes ou des micro-normes nouvelles* » (52).

On peut dès lors s'interroger sur la place laissée à l'expérience par le praticien dans le nouveau paradigme qu'est la médecine factuelle.

Dans notre étude, les praticiens plus âgés, qui affichent en parallèle une faible adhésion aux recommandations, font la part belle à l'expérience dans leur pratique. Jean-Christophe Weber évoque la perte de confiance des médecins en leur expérience et la qualifie de « *pathologie de la croyance en EBM* » (27). On peut ici s'interroger : l'émergence de la HAS et des recommandations permet-elle encore aux plus jeunes médecins d'affirmer leur légitimité ?

Néanmoins, et malgré une forte adhésion affichée aux recommandations, les jeunes praticiens pratiquent une médecine intuitive selon certains cas. Cette notion d'intuition, encore appelée « *Gut Feeling* », a été confrontée aux recommandations dans de nombreuses études récentes, et serait comparable à certains scores d'estimation validés (53). Aux Pays-Bas, le « *Gut Feeling* » est reconnu comme un « *outil opposable en cas de complication judiciaire* » (54).

Pour Lauren Vogel, l'intuition serait en rapport avec l'empathie plutôt qu'avec l'expertise du médecin (55): ceci pourrait expliquer la place de l'intuition chez les jeunes praticiens de notre étude.

En l'absence de recommandation pour une pathologie donnée, les opinions divergent. Les praticiens qui exercent en groupe profitent de l'avis de leurs confrères. Les informateurs avec une adhésion déclarée comme forte ou partielle contactent quant à eux des collègues spécialistes. Les jeunes praticiens, qui ont bénéficié d'un enseignement en LCA (Lecture Critique d'Articles) (56), privilégient des sources annexes aux recommandations.

E. L'absence de preuve d'efficacité

Le docteur Marc Lemiengre, médecin généraliste en Belgique, écrivait : « *une preuve forte est un argument fascinant, mais se limiter à ce qui est prouvé est un appauvrissement inhumain du champ des soins de santé* » (9). Dans notre étude, l'absence de preuve d'efficacité diffère de la preuve d'absence d'efficacité pour la plupart des praticiens, dont une majorité de plus jeunes, et fera l'objet d'une prescription au cas par cas. Ainsi, contrairement à ce que l'on pourrait penser (27), les nouvelles générations conservent une part de jugement critique, même si celle-ci reste prudente et limitée.

Des praticiens pourtant très adhérents aux recommandations procèdent de même. Une fois encore, si les recommandations ont la faveur de certains praticiens, cela ne garantit pas pour autant une adhésion aveugle qui priverait le médecin de toute liberté d'action, aussi infime soit-elle. En effet, dans notre étude, ces prescriptions qui n'auraient pas fait preuve d'efficacité concernent essentiellement des traitements de confort dénués d'effets secondaires, comme l'homéopathie par exemple. Nous pouvons ainsi supposer que, face à un risque médico-légal

faible, ces praticiens déclarés très adhérents se permettent une prescription ponctuelle « hors cadre » lorsque leurs patients en font la demande.

Deux praticiens plus âgés et se déclarant peu adhérents aux recommandations ont dénoncé des enjeux financiers controversés face au déremboursement de certains traitements, que 34% des patients continuent néanmoins à acheter en officine (57). Les médecins les plus âgés affichent ainsi une adhésion moindre aux recommandations, sont les plus prompts à user d'expérience dans leur pratique mais également les plus critiques face aux nouvelles normes.

En revanche, les médecines parallèles n'ont été évoquées par aucun des praticiens interrogés dans notre étude. Or, peu d'essais cliniques « rigoureux » se sont intéressés à leur efficacité (58).

F. Prise en charge de la lombalgie

La prise en charge de la lombalgie commune reflète les données énoncées précédemment.

Bien que la plupart de nos informateurs n'aie pas lu la recommandation en question, une majorité d'entre eux propose néanmoins une prise en charge en adéquation totale avec les injonctions de la HAS.

En parallèle, les médecins les plus âgés sont les plus respectueux du cadre de la recommandation, quand bien même une majorité d'entre eux ne s'y soit jamais intéressée.

Les médecins les plus jeunes, au contraire, sont plus enclins à des prescriptions d'arrêts de travail, parfois injustifiées, et n'encouragent pas toujours leurs patients à une activité physique,

ce qui contrevient aux préceptes de la recommandation. Ces mêmes informateurs, qui pourtant affichent une adhésion forte ou partielle, n'ont le plus souvent jamais lu cette recommandation sur la lombalgie commune.

En opposition à la médecine factuelle, le « bon sens », évoqué lors de nos entretiens par des médecins plus âgés, et *a fortiori* moins adhérents, aurait finalement toute sa place (58). Une fois encore, si le praticien le plus âgé n'adhère pas aux recommandations et fait usage d'expérience, cela ne semble pas priver son patient d'une prise en charge « recommandée ».

Une étude s'est intéressée aux différences qui opposent des médecins issus d'une université à « l'enseignement EBM » à ceux d'une université classique. Les premiers seraient plus à jour dans leur prise en charge de l'HTA, de par une meilleure connaissance de la pathologie (59). Ces données vont ici à l'encontre de nos résultats, car comme nous l'avons vu dans le présent exemple, l'adhésion aux recommandations ne préjuge en rien de la prise en charge proposée par le médecin.

Nos résultats traduisent ici les difficultés rencontrées par la médecine factuelle de par « l'ampleur du fossé entre les recommandations et la réalité clinique » (60). La prise en charge de la lombalgie met ainsi en exergue toute la contradiction suscitée par les recommandations, que l'on évoquait déjà au début de notre discussion : l'âge, tout comme le degré d'adhésion déclaré, ne garantissent pas une adhésion avérée aux recommandations, ni une prise en charge jugée conforme. Notre propos pourrait ainsi illustrer celui de confrères anesthésistes qui avançaient que « *connaître les recommandations ne garantit d'ailleurs pas la capacité à les appliquer correctement* » (50).

G. La ROSP

Les négociations conventionnelles de 2011 introduisent un nouveau mode de rémunération : la **ROSP**. Elle fait suite au **CAPI** (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles), entré en vigueur en 2009, et a pour objectif une diminution des dépenses de santé. A la différence de ce contrat d'adhésion volontaire, la ROSP s'applique à l'ensemble des médecins conventionnés à partir de 2012 (61). Ces derniers ne peuvent s'y opposer que dans les trois mois qui suivent leur installation (62). Le but affiché par la CPAM est de « *faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis en 2011* » (63). La ROSP rémunère ainsi les praticiens sur la base de vingt-neuf indicateurs qui intéressent trois thèmes (suivi des pathologies chroniques, prévention, efficacité) (64) auxquels s'ajoute depuis peu le forfait structure, destiné à moderniser les pratiques (65).

Nous avons ainsi interrogé les praticiens sur une éventuelle influence de la ROSP dans leur intérêt pour les recommandations et leur application. Si une majorité de voix s'est élevée contre ce mode de rémunération, certains avis restent cependant contrastés.

Les praticiens d'âge moyen, dont l'installation a été contemporaine à l'introduction de la ROSP, s'y sont opposés plus fermement. Nos informateurs les plus âgés sont, quant à eux, plus partagés. Les plus jeunes, qui n'ont pas encore perçu cette rémunération, ne se prononcent pas encore formellement.

Une thèse retrouvait déjà des résultats similaires au sujet de l'adhésion des médecins au CAPI (66).

En outre, les médecins qui pourtant affichent une forte adhésion aux recommandations sont aussi les plus opposés à une rémunération sur objectifs de santé.

Enfin, comme cela a été souligné dans une autre étude (67), la ROSP a la faveur des praticiens qui exercent en groupe.

En Belgique, certains auteurs proposent de confronter le praticien à sa pratique afin de l'encourager à s'améliorer (68). Dans notre thèse, la ROSP est, en effet, perçue comme un **indicateur d'efficacité** par certains de nos informateurs. Elle leur permet de prendre du recul sur leur propre pratique, et leur procure même parfois un sentiment de valorisation. De plus, comme certains de nos informateurs l'évoquaient, l'échec encourage le praticien à améliorer sa pratique.

En revanche, l'intérêt financier divise : si la rémunération incite certains médecins à se conformer aux objectifs, elle est aussi susceptible d'en limiter d'autres. On peut dès à présent s'interroger sur les contradictions soulevées par la ROSP et qui l'opposent au serment d'Hippocrate, prêté par tout praticien à l'issue de sa soutenance de thèse. En effet, ce dernier engage le médecin à ne pas se laisser « *influencer par la soif du gain* » et à préserver « *l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de [sa] mission* » (69). En parallèle, une thèse évoque l'effet de « *Crowding Out* », où la motivation intrinsèque du sujet, soit l'amélioration de la santé du patient par le médecin, serait annihilée par l'introduction d'une motivation extrinsèque, la ROSP (70).

Le professeur Laurent Degos, qui a présidé la HAS de 2005 à 2010, ajoutait au sujet de l'autonomie du médecin : « *Faut-il se laisser dire que, pour bien faire, l'on doit faire appel à*

la carotte ou au bâton administré par un tiers, comme cela se fait pour dompter un animal ? Faut-il encadrer la médecine dans des procédures, normes et prescriptions pour tout geste, ou laisser au soignant de l'autonomie (et du talent) face à la variabilité des situations ? » (71).

Les praticiens de notre étude ont été nombreux à évoquer à un **sentiment intrusif** ou de **dépendance** lié à ce nouveau mode de rémunération. D'autres ont remis en question la **validité des objectifs**, comme le soulevaient déjà certains médecins dans une thèse sur la ROSP réalisée en Martinique (61). Le **manque de rigueur ou de cohérence** dans la déclaration des résultats a été souligné par de nombreux informateurs : certains indicateurs sont, en effet, uniquement déclaratifs et remis à la confiance du praticien qui les renseigne, comme le soulignait l'informateur 14. Dans sa thèse, Olivier Soussain indiquait à cet égard que, de 2012 à 2016, en Martinique, si les chiffres déclarés sur le contrôle de l'hypertension artérielle par les médecins étaient excellents, les résultats de certains auteurs se voulaient bien plus nuancés (61).

Enfin, nos informateurs ont parfois estimé que les indicateurs restaient pour la plupart **dépendants du patient**, sans doute à raison lorsque l'on sait que, lors de la première convention, les dosages d'HbA1c ont augmenté sans pour autant améliorer le contrôle du diabète (61).

Les praticiens de notre étude n'ont en revanche pas évoqué le **problème éthique** lié à ce mode de rémunération à la différence d'autres écrits, dans lesquels les médecins interrogés jugeaient immoral « *de se voir octroyer une prime pour suivre des pratiques adaptées* » (66).

Ainsi, dans notre thèse, l'intérêt pour la recommandation n'est pas corrélé à celui pour la ROSP et ne sensibilise pas les praticiens à modifier leur pratique, si ce n'est toutefois pour l'attrait financier que ce mode de rémunération susciterait pour certains.

Si le but de ce mode de rémunération est de « *valoriser l'atteinte d'objectifs* » (64), son manque de rigueur, en revanche, n'incite en rien nos informateurs à lutter contre l'inertie clinique. La HAS ne réduit ainsi en rien le coût imputée à l'inertie clinique du médecin. Au contraire, elle s'emploie à définir des objectifs de santé qui ne correspondent souvent pas à la réalité de la pratique. De plus, ces derniers sont complétés selon le bon vouloir du praticien, encouragé par les délégués de la CPAM à avancer des données « améliorées ».

Il nous semble ainsi compréhensible que certains praticiens éprouvent une réticence face à des normes que leur impose une autorité dont la compétence semble remise en question.

IV. L'inertie clinique

Le modèle de Pathman expose la perte progressive de l'influence des recommandations sur le comportement du praticien : si le médecin connaît la recommandation, encore faut-il qu'il l'approuve puis l'adopte avant de la mettre en œuvre (19). De plus, si le médecin a connaissance de la recommandation, rien ne garantit sa capacité à l'appliquer convenablement dans sa pratique (50).

En 2018, une thèse interrogeait des médecins généralistes sur leur prise en charge du diabète de type 2 : seuls 32 % d'entre eux suivaient les recommandations publiées par la HAS en 2013 (34). Nous pouvons dès lors nous interroger sur les déterminants de l'inertie clinique chez nos informateurs. La prise en charge de la lombalgie en est à cet égard une illustration. En effet, que l'on affiche une forte adhésion aux recommandations, ou que l'on soit plus jeune, la prise en charge du patient ne correspondra pas pour autant au dictat des autorités régulatrices.

Ainsi, à la question, « intensifiez-vous un traitement à chaque fois que cela s'avère nécessaire », la majorité de nos informateurs a répondu par la négative, et ce malgré une adhésion déclarée comme partielle ou forte aux recommandations.

De plus, la notion d'inertie clinique est méconnue de la très grande majorité des praticiens de notre étude, et nos informateurs l'assimilent bien souvent à la non-observance du patient, plus ancienne (72). En cela, ils n'ont pas tout à fait tort, car on peut y lire le pendant côté médecin de la non-observance côté patient : dans les deux cas, une prescription n'est pas suivie. Comme nous l'évoquions précédemment, certains médecins ont parfois opposé une certaine réticence lorsque s'est posée la question de leur inaction. En effet, il n'est pas confortable de reconnaître un tort et il nous sera plus aisé de considérer que le problème réside dans le comportement du patient.

Néanmoins, certains auteurs opposent à la notion d'inertie clinique celle d'inaction appropriée. Cette dernière serait ainsi justifiée dans 61,5 % des cas selon Safford et al (73) et pourrait même constituer un « garde-fou » (74) face au risque de surmédicalisation et d'effets secondaires potentiellement délétères pour le patient.

A. Le patient

i. *Inertie*

Pour nos informateurs, les causes inhérentes au patient sont prépondérantes lorsque l'on évoque leur inertie clinique. A cet égard, et de façon générale, les praticiens qui remplacent ou exercent en groupe ont été les plus prompts à mettre en cause le malade.

Ainsi, lorsqu'une intensification thérapeutique doit avoir lieu, le comportement du patient face à sa maladie est déterminant pour nos informateurs. Certaines études ont avancé que la **non-observance**, citée en premier lieu dans notre étude, agirait par effet miroir sur le médecin (75). Ce sont en majorité les praticiens plus âgés qui associent défaut d'observance du patient et inertie clinique, comme le démontrait déjà une autre thèse (34). D'autres écrits évoquent le rôle du praticien dans la non-observance de son malade (76) : ainsi, ce qui serait un facteur d'inertie lié au patient serait en réalité le « *symptôme d'une mauvaise relation médecin-malade* » (77) par défaut de communication du praticien avec son patient.

Dans un second temps, **les demandes compétitives**, qui allongent le temps de consultation (78), sont sources d'inertie clinique pour nos informateurs. Un article publié en 2007 considérait à cet égard que, face aux multiples demandes des patients, les problèmes finalement abordés par le médecin seront alors les plus pressants (79). En parallèle, les problématiques soulevées par les malades et les médecins sont bien souvent différentes : les premiers sont préoccupés par les sphères cutanées, musculo-squelettiques ou encore digestives, quand les seconds aimeraient aborder les domaines cardio-vasculaires ou endocriniens (78).

Dans notre étude, les demandes compétitives limitent les praticiens qui exercent en groupe, et ce d'autant plus qu'ils affichent une forte adhésion aux recommandations.

Le **refus du patient** face à une intensification thérapeutique pourtant indiquée limite exclusivement les praticiens remplaçants ou installés en groupe avec un support informatique. Cette dernière donnée est confirmée par une étude sur l'utilisation d'un outil informatique susceptible d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2 (80).

Enfin, **l'âge, la profession ou encore le profil cognitif** des patients sont évoqués par de nombreux praticiens, notamment par la majorité des femmes et par celle des médecins plus âgés. On retrouve cette idée dans la littérature: le médecin sera plus enclin à une intensification thérapeutique face à un patient plus jeune (81). Certaines études tendent à conforter le praticien dans cette pratique et incitent à la prudence chez le patient âgé (48). Le sociologue Pierre Bourdieu compare quant à lui le corps à un produit social et évoque les écarts de prise en charge qui peuvent exister selon que le patient soit femme d'affaire ou sans emploi (82). De façon plus générale, le médecin généraliste se soucierait moins de sa patientèle féminine et l'exposerait ainsi davantage à son inertie clinique (68). Dans le suivi du diabète de type 2, le niveau socio-économique du patient influencerait sa prise en charge (81). Enfin, aux États-Unis, le praticien serait moins inerte face aux malades qui disposent d'une assurance privée (83), ou dont le groupe ethnique est considéré comme favorisé (84).

Le médecin aurait ainsi tendance à se réfugier derrière son patient lorsque l'on évoque son inertie clinique. Néanmoins, nos informateurs ont opposé à cette inaction imputable aux patients de nombreux moyens de lutte.

ii. *Moyens de lutte*

Si les praticiens qui exercent en groupe incriminent le patient face à leur inertie clinique, ils sont aussi les premiers à proposer des mesures afin de l'accompagner vers une meilleure prise en charge. C'est également le cas des médecins qui affichent une forte adhésion aux recommandations.

La relation de confiance, ou encore l'écoute, ont été opposées par nos informateurs à la non-observance des patients. Du point de vue du malade, la qualité d'une consultation serait définie par le temps d'écoute, mais aussi par la « *prise en compte de ses demandes et la réponse obtenue* » (66). De plus, une mauvaise relation avec son médecin n'encourage pas le patient à adhérer à son traitement (85). Lors du dernier congrès Preuves et Pratiques qui se tenait à Strasbourg en septembre (86), deux intervenants ont insisté sur l'inertie thérapeutique engendrée par des prescriptions médicamenteuses incomprises par les malades. En effet, il est essentiel au patient que le praticien explique les raisons qui le poussent à majorer un traitement, mais également les risques qu'il comporte : les évènements secondaires concourent bien souvent à la non-observance. Cette notion confirme ce que nous évoquions précédemment, à savoir la responsabilité du médecin dans l'adhésion de son malade au traitement.

L'éducation du malade face à son manque d'observance a également été avancée par nos informateurs, même s'ils ne se bercent pas d'illusions quant à leur capacité à influencer sur le mode de vie du patient. Dans un article sur l'application des recommandations dans le diabète, il est fait état de ce paradoxe. Les auteurs ajoutent que « *l'éducation du patient est relativement peu citée comme moyen de résoudre les difficultés posées (25,6%) alors même que [...] 89% des médecins considèrent qu'il s'agit de leur priorité* » (49) : seuls deux de nos informateurs ont cité l'éducation comme facteur de lutte contre l'inertie clinique.

Si les praticiens les plus âgés ont mis en avant la non-observance de leurs patients, ils sont aussi les premiers à privilégier l'échange avec les malades. On peut ainsi supposer que l'expérience a appris au praticien plus âgé à individualiser sa pratique dans le but de favoriser l'observance de son patient.

Face à un refus d'intensification thérapeutique, certains praticiens **répètent leurs consignes** afin d'obtenir l'adhésion de leur malade. D'autres établissent un **contrat** avec le patient : s'il refuse aujourd'hui, il devra accepter une nouvelle prescription lors d'une prochaine consultation. Ainsi, malade et médecin s'engagent ensemble vers un objectif commun et « *adapté à la réalité du patient* » (75). Dans notre thèse, ces praticiens exercent en groupe et expriment une forte adhésion aux recommandations.

Deux informatrices **anticipent une première prescription d'insuline** : elles expliquent les modalités pratiques d'un tel traitement au patient afin de favoriser son adhérence. Il est difficile pour le patient d'accepter l'insulinothérapie (87) mais il est aussi difficile pour le praticien de l'instaurer. Une étude sur l'inertie clinique dans la prise en charge du diabète de type 2 nous apprend en effet que « *lorsque les patients passent finalement à l'insulinothérapie, ils avaient, en moyenne, un taux d'HbA1c supérieur à 8% depuis 5 ans et supérieur à 7% depuis 10 ans* » (84).

Chaque demande supplémentaire réduirait de 49% la probabilité d'une majoration de traitement, et ce quels que soient le sexe, l'âge ou encore le taux d'HbA1c du patient (79). Afin de lutter contre l'inertie clinique liée aux demandes compétitives, les médecins de cette même étude convoquaient le patient pour une nouvelle consultation lorsque le traitement n'avait pas été majoré face à un taux d'HbA1c trop élevé. Cette donnée est confirmée par nos résultats. En effet, il résulte de ces derniers que les médecins freinés par les demandes compétitives sont également ceux qui n'hésitent pas à **limiter le patient** ou à lui **proposer une nouvelle consultation**. Il s'agit de praticiens qui exercent en groupe et affichent une forte adhésion aux recommandations.

Un seul remplaçant a évoqué le **profil du patient** comme moyen de lutte contre l'inertie : un profil cognitif limité éviterait de perdre du temps dans des explications longues et chronophages. Cela permettrait ainsi au praticien de s'engager plus rapidement dans une escalade thérapeutique.

Nous pouvons ici nous interroger sur le rôle de l'expérience. En effet, si les jeunes praticiens associaient volontiers les patients à leur inertie clinique, ils sont en revanche bien moins nombreux à proposer une démarche de soins individualisée, à même de lutter contre l'inaction thérapeutique.

B. Le médecin

i. *Inertie*

Bien que les patients soient les premiers mis en cause par nos informateurs, ces derniers reconnaissent une part de responsabilité dans leur inertie. Cette donnée nous semble d'autant plus intéressante lorsque l'on sait que le praticien serait responsable de 50 % de l'inertie clinique (88). A cet égard, il convient de citer Gérard Reach, qui évoque dans son livre les effets négatifs des heuristiques émotionnelles, et notamment le biais de l'ego, qui tend à nous faire minimiser nos erreurs (19).

Nos informateurs sont ainsi nombreux à retarder une intensification thérapeutique, et ce afin de **laisser au patient le temps d'appliquer des règles hygiéno-diététiques**, ou encore de **réfléchir afin de mieux adhérer au traitement** qu'on leur propose. Cette attitude pourrait être assimilée à une forme d'inaction appropriée, puisque l'objectif à terme reste une amélioration

de la santé (89). Dans notre étude, elle est adoptée en majorité par les praticiens qui affichent une forte adhésion aux recommandations. Cette dernière notion nous apparaît d'autant plus cohérente lorsque l'on sait que les RBP « *incitent d'ailleurs à ne pas remplacer le renforcement de l'hygiène de vie par la seule prescription médicamenteuse* » (34).

L'âge du médecin a été évoqué par nos informateurs. Il est intéressant de noter que les praticiens les plus âgés imputent les plus jeunes, et inversement : le médecin le plus jeune serait inerte en raison du stress engendré par un retard accumulé dans ses consultations quand le plus âgé exercerait une médecine à l'opposé des recommandations. Les informateurs les plus âgés de notre étude affichent, en effet, un intérêt moindre pour les recommandations. Les médecins les plus jeunes, en revanche, n'évoquent pas le manque de temps lorsqu'il s'agit d'intensifier un traitement recommandé. En revanche, l'exemple de la prise en charge de la lombalgie nous montre bien ici qu'il ne suffit pas d'adhérer aux recommandations pour proposer une prise en charge « recommandée » : en effet, le praticien plus âgé et peu adhérent propose bien souvent une prise en charge plus en adéquation avec la recommandation que son confrère plus jeune.

Claude Attali évoque « *l'usure professionnelle* » qui transparaît dans certains des facteurs d'inertie rapportés dans notre étude, en rapport avec des **consultations trop longues ou de fin de journée**, ou encore en raison du **renouvellement parfois « mécanique »** de traitements chroniques (81). Une étude rétrospective a analysé cinq ans de données médicales informatiques afin de comprendre les facteurs d'inertie des patients et des praticiens : le seul facteur imputable directement au médecin était le nombre de patients vus dans une journée (83). Cette notion fait ainsi écho à la fatigue parfois évoquée par nos informateurs, des femmes ayant quitté la faculté avant 2012 en l'occurrence.

Gérard Reach insiste à plusieurs reprises sur le « *pouvoir causal des émotions* » qui place l'aversion pour les pertes avant l'attrance pour les gains (19). Dans notre thèse, **la crainte des effets secondaires**, rapprochée de cette notion de perte, n'a pourtant été avancée que par une jeune remplaçante. Cette dernière se disait également contrainte par l'aspect médico-légal de notre profession, qui entraverait son intuition dans sa pratique : la liberté du jeune praticien est ainsi soumise aux normes en vigueur.

Certains praticiens font preuve d'inertie car ils pensent **connaître les préférences du patient**, tandis qu'un jeune remplaçant, par crainte de **générer de la culpabilité** chez un malade, n'intensifiera pas son traitement. Deux articles ont en effet évoqué cette notion de culpabilité comme facteur d'inertie clinique (87) ; (90). Un autre, au contraire, fait état de l'effet positif de l'intensification thérapeutique, sans « *retentissement négatif sur le niveau de dépression ou d'anxiété* » (84).

Dans notre étude, les facteurs d'inertie liés au praticien sont cités par les médecins les plus jeunes ou qui affichent une forte adhésion aux recommandations. Ils insistent notamment sur les règles hygiéno-diététiques et la nécessité de laisser du temps à leurs patient afin qu'ils les appliquent. Ces mêmes praticiens, comme évoqué précédemment, admettent ne pas croire aux éventuels efforts hygiéno-diététiques de leurs patients.

Nos données corroborent ainsi les résultats de l'étude PANORAMA : le patient est, une fois encore, considéré comme étant à l'origine de l'inertie clinique mais aussi de l'échec thérapeutique (84). À cet égard, le médecin semble peu enclin à reconnaître une part de responsabilité dans son inaction, ce qui expliquerait notamment la réticence de certains de nos informateurs lors de nos entretiens.

ii. *Moyens de lutte*

Contrairement à l'inaction liée au patient, les moyens de lutte avancés par nos informateurs ne répondent pas aux facteurs d'inertie qu'ils ont pu avancer les concernant. Cependant, si les praticiens avec une forte adhésion déclarée font preuve d'inertie, ils sont aussi les premiers à s'interroger sur leur pratique, suivis de près par leurs confrères les « moins adhérents ».

Pour lutter contre l'inertie, les praticiens les plus âgés considèrent qu'il faut **avoir conscience de son inertie, et ainsi de ses échecs**, et ce afin de proposer une meilleure prise en charge à son patient. Comme le soulignent Claude Attali et al : « *il n'est pas confortable d'être réflexif* » (92) : ainsi, même s'ils font parfois preuve d'inertie dans leur pratique, ces « *praticiens réflexifs* » assument leur responsabilité et cherchent non seulement à comprendre leurs décisions, mais aussi à les améliorer. Certains informateurs redoutent aussi un **manque d'efficacité** envers des malades qui les estiment et leur accordent leur confiance. La confiance du patient encourage en effet le praticien à ne pas faire preuve d'inertie clinique, de par l'émotion positive qu'elle suscite (19).

Si les hommes ont plutôt tendance à redouter l'échec et à rechercher la confiance de leurs patients, les femmes sont plus enclines aux explications lorsqu'elles décident « de ne pas agir ». Philippe Mossé, docteur en sciences économiques, précise au sujet de la relation médecin-malade que : « *l'efficience est atteinte dès lors que le médecin (agent) prend des décisions identiques à celles qui auraient été prises par le patient (principal) s'il avait été aussi bien informé que l'agent* » (93). Par ailleurs, il a été démontré que l'adhésion du patient à son traitement est « *positivement corrélée* » à sa compréhension (94). On comprend ici tout l'intérêt de fournir des explications à son patient, afin qu'il se rende acteur de sa santé.

En parallèle, les médecins les plus âgés sont les plus prompts à **déléguer un manque de connaissance à un confrère spécialiste** afin de lutter contre l'inertie clinique. Ce sont ces mêmes informateurs qui, déjà, privilégiaient l'avis du spécialiste au détriment de la recommandation.

Dans sa thèse, Thomas Frémeaux propose de procéder à des « **check-lists** » pour améliorer sa pratique (33). On relèvera à cet égard que les hommes de notre étude prennent des notes, analysent leurs consultations en fin de journée et préparent même parfois leurs consultations lorsqu'ils en ont le temps.

C. La Clinique

i. *Inertie*

Face à une hypertension artérielle, « **l'effet blouse blanche** » est un motif fréquent d'inertie clinique pour les médecins généralistes de notre étude mais également dans la littérature (95), et ce d'autant plus que le patient est asymptomatique. Pour nos informateurs, une pathologie intercurrente, les périodes festives ou encore un facteur de stress sont autant d'explications potentielles à des variations tensionnelles. Dans sa thèse (95), Clément Dumas rappelle néanmoins que le médecin aurait tendance à abuser de cette notion « *d'effet blouse blanche* », et ce de consultation en consultation. Or, « *l'erreur médicale, c'est de répéter des comportements* » (32).

Une hypertension artérielle ou une HbA1c élevées inciteront davantage nos informateurs à l'action que des **chiffres** « limites ». Cette pratique semble par ailleurs répandue parmi

l'ensemble des médecins généralistes, comme le confirment plusieurs articles (96) ; (97). A cet effet, la notion de « *close enough to target* » (98) semble également pertinente, et ce d'autant plus qu'elle est également rapportée par nos informateurs : en effet, lorsqu'ils estiment que les données du patient sont proches de la « cible », ils s'abstiennent de toute intervention thérapeutique.

Dans sa thèse, Alice Laplante évoque l'étude DIAttitude qui présente des résultats contradictoires : une HbA1c élevée aurait tendance à freiner le praticien tandis qu'un taux plus bas l'inciterait au renforcement thérapeutique.

Une fois encore, les avis semblent diverger au sein de la communauté médicale.

Enfin, **selon la pathologie** à laquelle il fait face, la rigueur du médecin quant aux objectifs fixés par la HAS est variable. Certains seront, par exemple, plus incisifs sur l'hypertension artérielle car ils sont plus à l'aise avec cette pathologie, alors que d'autres estimeront simplement que traiter la tension artérielle est plus important que de prendre en charge le diabète. Redon et al confirment d'ailleurs cette tendance dans leur étude (99).

Une fois encore, et en dépit de l'intérêt qu'ils affichent pour les recommandations, il est intéressant de constater que les praticiens les plus jeunes sont aussi les plus inertes face aux données de l'examen clinique. C'est également le cas des praticiens les plus âgés, et ce quelle que soit leur adhésion déclarée aux recommandations.

ii. *Moyens de Lutte*

L'automesure tensionnelle s'oppose *de facto* à l'effet blouse blanche dans notre thèse, comme dans de nombreuses autres études (100) ; (33), et définit par là même la notion d'inaction

appropriée. En effet, si le praticien ne majore pas le traitement immédiatement, c'est pour mieux s'adapter aux variations que présente son patient au moment où il l'examine, afin de lui proposer, dans un second temps, l'action la plus adaptée à sa situation. Cette pratique est encouragée par les résultats de Crowley et al : des mesures télémétriques réalisées au domicile par les patients s'avéraient « correctes », et ce en dépit d'une hypertension constatée en consultation (101). L'inertie clinique pourrait alors constituer un « garde-fou » clinique (102) face au risque de surprescription médicamenteuse. Un autre article recommande même la réalisation systématique d'automesures avant l'instauration d'un traitement antihypertenseur (103).

Il est ainsi surprenant de constater qu'aucun indicateur de la ROSP ne se réfère à l'automesure tensionnelle (104), et ce malgré de nombreux articles qui attestent de son intérêt. Une fois encore, la rigueur de cette administration semble remise en question. En effet, si le praticien se contentait d'appliquer des recommandations à la lettre, au détriment de tout sens pratique, ce serait au risque de générer des effets secondaires et de perdre la confiance de son patient, pourtant essentielle à son observance. Si l'on en doutait encore, ces résultats semblent confirmer que « *l'action intelligente suppose une certaine liberté* » (27).

Les praticiens qui se déclarent les plus adhérents aux recommandations sont les premiers à proposer ces automesures. Ces dernières pourraient être assimilées à une médecine centrée sur la personne. Ainsi, si les recommandations constituent pour certains la « *concrétisation pragmatique de l'EBM* » (66), elles ne peuvent s'appliquer naïvement à chaque patient. Or, « *la maladie n'acquière de sens qu'individuel : et c'est pourquoi sa détermination exige comme point de départ le concept de l'être individuel* » (52).

Face à des chiffres « proches de la cible », une fois encore, les praticiens répondent à leur inaction en proposant une **nouvelle consultation plus rapprochée**. Par exemple, l'informatrice 4, plutôt que de se conformer aux objectifs de la ROSP, qui recommande un contrôle biannuel de l'HbA1c (64), réévalue cette dernière à 6 semaines. En se basant sur des données biochimiques, elle propose au patient une prise en charge individualisée, mais aussi réfléchie.

Les praticiens les plus jeunes sont, une fois de plus, les moins prompts à proposer une prise en charge centrée sur le patient.

D. Le Temps

i. Inertie

Les praticiens qui exercent en groupe évoquent plus souvent le **manque de temps** comme facteur de leur inertie que ceux qui exercent seuls, et ce malgré un confort d'exercice que confirme une étude sur les emplois du temps des médecins généralistes (105). Néanmoins, les auteurs ajoutent que 19 % des médecins exerçant en groupe avec secrétariat restent débordés par leur charge de travail.

A titre d'illustration, une étude américaine portant sur les soins préventifs nous éclaire quant à la notion de temps en médecine générale : 4,4 heures quotidiennes seraient nécessaires afin de délivrer les soins préventifs recommandés pour une patientèle moyenne de 2500 patients (106). En France, la délivrance du test Hemocult II® allonge la durée de la consultation de 2,27 minutes en moyenne (107).

Ces données semblent cependant moins affecter les praticiens de notre étude. En effet, si le temps manque à nos informatrices lorsqu'ils doivent lire les recommandations, les notions de

retard ou de manque de temps sont cependant moins importantes lorsque l'on aborde l'inertie clinique.

Comme nous l'évoquions précédemment, et contrairement à ce que certains praticiens plus âgés ont avancé lors des entretiens, les jeunes informateurs ne semblent pas affectés par le retard ou le manque de temps. En revanche, les femmes, et notamment lorsqu'elles sont plus âgées, reconnaissent leur inaction lorsque le temps vient à manquer. Selon la littérature, les femmes seraient en effet plus en retard que leurs confrères masculins (108) et leurs consultations seraient également plus longues (105).

Enfin, alors que les consultations sur rendez-vous seraient plus longues de 9 % (108), un jeune praticien récemment installé reconnaît être plus inerte lorsqu'il exerce en **consultations libres**.

ii. *Moyens de lutte*

Une fois encore, si les femmes qui exercent en groupe peuvent manquer de temps, elles proposent cependant au patient une nouvelle consultation afin de lutter contre leur inaction.

Face au manque de temps, alors que certains jeunes praticiens reconnaissent leur inertie, ils ne proposent pas pour autant au patient d'être revu en consultation afin de lutter contre cette dernière.

E. Les Recommandations

i. *Inertie*

Il apparaît que l'un des obstacles à l'amélioration de l'inertie clinique est la confiance des praticiens dans les recommandations (88). Nos informateurs sont néanmoins peu enclins à incriminer les recommandations comme cause de leur inertie clinique.

Ce sont les jeunes praticiens, avec une forte adhésion déclarée aux RBP, qui seront les plus inertes, en raison du **manque de clarté des recommandations** et du risque de les appliquer à tort (**extrapolation fautive**). Cette dernière notion renvoie là encore aux contraintes médico-légales instaurées par la médecine factuelle.

Nos informateurs les moins adhérents, quant à eux, n'associent pas leur manque d'intérêt pour les recommandations à une quelconque inertie clinique.

On peut dès lors s'interroger sur les capacités du praticien à reconnaître son besoin d'information au cours d'une consultation, encore appelé « *cognitive dissonance* » (45). A cet égard, Guillaume Savard, dans sa thèse, considère qu'il faudrait au praticien « *une grande compétence, une humilité morale et une supervision de soi-même développée pour identifier sur soi un manque d'information* » (43). Ainsi, si le jeune praticien s'intéresse aux recommandations, il manque peut-être de l'humilité et de l'expérience nécessaires pour reconnaître une situation nouvelle, qui nécessiterait de nouvelles connaissances.

ii. *Moyens de lutte*

La **présence des recommandations et des ROSP** représentent un moyen de lutte contre l'inertie clinique pour les praticiens plus âgés et d'âge moyen, et qui décrivent une adhésion partielle voire faible.

Il appert que si les plus jeunes déclarent adhérer aux recommandations, ils les considèrent aussi comme un facteur d'inaction, et ne les évoquent que dans un second temps pour lutter contre l'inertie clinique. A l'inverse, les praticiens qui ont quitté la faculté avant 2012 paraissent plus « réflexifs » et prompts à rechercher des recommandations auxquelles ils disaient pourtant ne pas adhérer.

Les recommandations représentent ainsi un moyen de lutte indirect pour les plus jeunes praticiens, mais également pour ceux qui affichent une forte adhésion. En effet, ils proposent aux patients d'être revus pour **adapter leur prise en charge aux recommandations qui les concernent**. Une fois encore, le patient bénéficie ainsi d'un suivi individualisé, et ce qui pourrait apparaître comme de l'inertie clinique s'apparente plutôt à une inaction appropriée.

F. **L'inertie du remplaçant**

L'inertie du praticien remplacé a été évoquée par deux remplaçants dans notre étude. Si le médecin remplacé fait preuve d'inertie, ils n'iront pas à l'encontre de sa pratique et ne majoreront pas un traitement, quand bien même cette majoration serait indiquée. Leur **position de remplaçant** constitue, elle aussi, un frein à une éventuelle intensification thérapeutique de par son caractère transitoire et la confiance parfois limitée que leur accordent les patients.

Nous n'avons pas retrouvé de données similaires dans la littérature mais ces faits nous paraissent néanmoins pertinents. En effet, bien qu'ils affichent une forte adhésion aux recommandations, ces deux praticiens se conforment à l'inaction de leurs aînés. En outre, la relation qu'entretient le praticien avec son patient semble, encore une fois, intimement liée à l'adhésion du malade, à son traitement, mais également aux conseils prodigués.

G. Les moyens de lutte « techniques »

L'informatique est un moyen de lutte contre l'inertie clinique reconnu dans la littérature (33), et cité par nos informateurs, tout comme le secrétariat, les consultations sur rendez-vous et l'exercice en groupe.

Une fois de plus, les jeunes praticiens de notre étude ne sont pas sensibles à ces moyens « techniques » de lutte contre l'inertie clinique. Les femmes qui ont quitté la faculté avant 2012 sont plus sensibles à l'utilisation de ces supports pratiques. Cela pourrait être expliqué par le retard dont elles semblent souffrir dans leurs consultations, et qui pourrait notamment être limité par l'exercice avec secrétariat et support informatique.

V. L'épanouissement

Nos informateurs s'épanouissent dans leur pratique lorsqu'ils sont **efficaces** dans leur prise en charge. Ainsi, et bien qu'ils reconnaissent une part d'inertie dans leur exercice, le bien-être de leur patient reste au cœur de leurs préoccupations. Si les praticiens qui se décrivent très adhérents sont plus sensibles à cette notion, l'ensemble de nos informateurs associe l'épanouissement à l'efficacité de sa prise en charge. En parallèle, ils se disent préoccupés par

la **crainte de « mal faire »**, qui pourrait nuire au patient mais également à la relation de confiance qu'ils partagent ensemble. Cette notion peut être rapprochée de celle des effets secondaires délétères au patient, évoquée par une jeune informatrice comme facteur d'inertie clinique. Ainsi, si les recommandations constituent une ligne de conduite rassurante pour certains de nos informateurs, elles ne semblent pas réduire en totalité l'incertitude de la pratique. Pour Canguilhem, la singularité de chaque individu ne permettait pas au médecin de prodiguer ses soins sereinement et « on ne [soignait] qu'en tremblant » (Canguilhem, 1959). Aujourd'hui, le praticien dispose de conduites à tenir établies, pour ne pas dire imposées, par des experts sélectionnés avec soin par la HAS, et pourtant, il ne semble pas rassuré pour autant dans l'exercice de sa profession.

Dans un second temps, les praticiens ont évoqué l'**aspect relationnel** de leur profession. S'il est source d'épanouissement pour une majorité de médecins, parmi lesquels on compte de nombreux hommes, il peut également être une source de contraintes pour une majorité de femmes. Elles sont en effet nombreuses à déprécier l'évolution de leur relation avec le patient, en raison de demandes de plus en plus pressantes à l'ère de l'internet et de l'information pour tous. On rappellera à cet égard qu'elles étaient également parmi les premières à opposer à la non-observance, la relation de confiance que le praticien se doit de tisser avec son patient.

L'exercice de la médecine générale est source de plénitude, mais également de contraintes, et ce sont encore les femmes qui, si elles s'épanouissent, souffrent d'une **profession chronophage et stressante**, à l'origine d'une **charge de travail** conséquente. Ces données renvoient à un article cité précédemment : les femmes seraient plus en retard, en raison notamment de consultations plus longues (105) ; (108).

Nous l'évoquions précédemment, les médecins sont débordés par leur charge de travail, qu'ils exercent ou non avec l'aide d'un secrétariat. De plus, ils consacrent 7 % de leur temps à des tâches de gestion, soit environ 4 heures par semaine (105). A cet égard, l'aspect administratif, inhérent à l'exercice de la médecine générale, déplaît aux praticiens les plus âgés et qui exercent en groupe. Les plus jeunes praticiens de notre étude sont pour la plupart remplaçants et ne sont donc pas confrontés à la gestion de ces tâches administratives (et exaltantes). Nos informateurs les plus âgés, quant à eux, souffrent sans doute de « *l'usure professionnelle* » mise en avant par Claude Attali et al (81).

À la question de l'épanouissement, les praticiens évoquent ainsi en premier lieu l'efficacité au service du patient et l'aspect relationnel de leur profession. Ces données sont en accord avec nos résultats précédents, où la prise en charge individualisée du patient est au service de l'efficacité et s'oppose à l'inertie clinique. Cette démarche de soins place ainsi le patient avant l'EBM et confirme bien qu'il « *ne serait pas éthique pour un médecin de croire que son objectif est de suivre le standard en faisant abstraction du patient qui est devant lui* » (6). La notion d'inertie clinique tend ainsi à être relativisée (33) devant l'approche individualisée avancée par la majorité des médecins rencontrés dans notre étude, et pourrait même être nécessaire afin de préserver la « *dimension humaine de la médecine* » (72).

Une fois encore, nos plus jeunes informateurs semblent s'épanouir dans leur pratique et ne décrivent que peu de contraintes à l'exercice de la profession de médecin généraliste. Les médecins les plus âgés l'ont répété durant nos entretiens, et ils ne sont pas les seuls à l'exprimer (109) : les jeunes praticiens n'envisageraient plus la médecine comme leurs aînés et privilégieraient leur vie privée à leur profession. « *La carrière plane du médecin surchargé, au four et au moulin, sacrifiant sa vie personnelle autant que familiale par apostolat ne constitue*

guère une voie d'avenir attrayante pour nombre d'étudiants » (110). Cette phrase pourrait ainsi résumer une partie de nos résultats : le praticien plus âgé souffre de l'évolution de sa profession, d'un manque de temps, tant sur le plan professionnel que privé, mais également d'une charge administrative de plus en plus chronophage.

CONCLUSION

Au quotidien, l'exercice de la médecine générale ne permet pas toujours au praticien une application naïve des recommandations de bonne pratique qu'il se voit désormais imposé comme nouvelle norme. Ce hiatus, qui sépare les recommandations de la réalité de la pratique, a permis l'émergence de la notion d'inertie clinique.

À cet égard, nous avons souhaité comprendre l'inertie clinique du médecin généraliste à travers son rapport subjectif aux recommandations de bonne pratique.

Au cours de notre étude qualitative, nous avons mené dix-neuf entretiens individuels auprès de médecins généralistes, installés ou remplaçants, dans les départements de la Moselle et du Bas-Rhin. Durant chaque entrevue, le praticien a été invité à s'exprimer sur son rapport aux recommandations, sur l'inertie clinique dont il peut faire preuve au quotidien et enfin, sur son épanouissement.

Nous avons cherché à relever certaines nuances, telles que l'adhésion déclarée aux recommandations, le mode d'exercice, l'âge ou encore le sexe, afin de dégager des éléments susceptibles d'influencer l'intérêt pour les recommandations et l'inertie du praticien dans son exercice de la médecine générale.

Selon nos résultats, les jeunes praticiens feraient ainsi preuve d'une inertie clinique plus marquée, tout en étant les moins enclins à lutter contre leur inaction. Ces données sont corroborées par Okonofua et al : l'inertie thérapeutique serait plus importante chez le jeune praticien (35).

De plus, même s'ils affichaient un degré d'adhésion marqué aux recommandations, nos jeunes informateurs n'ont pas hésité à évoquer de nombreux freins dans leur lecture, comme par exemple le manque de temps. En parallèle, tous leur reconnaissent également un défaut d'application pratique, qui nous permet dès lors de nous interroger quant à la place avérée des recommandations dans leur exercice.

A cet égard, l'exemple de la lombalgie est édifiant et reflète ainsi l'absence de corrélation entre l'âge, le degré d'adhésion déclaré et la prise en charge en adéquation avec des objectifs imposés.

Les autres praticiens, quant à eux, ont été nombreux à avouer leur inertie, et ce quelle que soit l'adhésion affichée aux recommandations. Ils n'hésitent cependant pas pour autant à lutter contre certaines des « *soft reasons* » (26) qu'ils avancent. Néanmoins, si le plus souvent nos informateurs opposent à chaque facteur d'inertie un moyen de lutte, il leur est plus difficile de reconnaître leur responsabilité face à l'inaction dont ils peuvent faire preuve.

Si les femmes semblent quelquefois souffrir d'une profession qu'elles jugent chronophages, elles ne sont pas pour autant plus inertes que les hommes dans leur pratique. Ainsi, le temps, pourtant souvent incriminé, ne serait pas le premier facteur d'inertie clinique.

Dans notre étude, les praticiens les plus âgés semblent être les plus enclins à assumer la responsabilité qui leur incombe face à l'inertie clinique, mais aussi les plus à même de proposer à leur patient une prise en charge individualisée. Nous l'avons vu, l'expérience est au cœur de leur pratique et pourrait être ici assimilée à une forme de résistance aux normes, comme l'exposait Michel Foucault (111). Ainsi, si les recommandations ne constituent pas toujours une certitude dogmatique pour ces médecins, il n'en reste pas moins que leur objectif vise le troisième cercle de l'EBM que constitue le patient (6).

Certains experts de l'EBM stigmatisent les praticiens lorsque ces derniers se prévalent de leur expérience, au risque de réduire le médecin à un gestionnaire du savoir médical, privé de la liberté nécessaire à son sens critique. Si « *la science substitue à la vision effrayante de la vie l'image d'un monde ordonné* » (52), le médecin ne peut pour autant prendre toutes ses décisions sur des critères biomédicaux, au risque de ne plus servir son patient. Si la philosophie de la médecine se substitue à une philosophie de l'ordre (52), le médecin se doit de contraindre la norme afin de garantir à son patient une prise en charge individualisée. Ainsi, la médecine factuelle, à coup de recommandations et de risque médico-légal, semble finalement priver le jeune praticien encore peu expérimenté d'un esprit critique pourtant essentiel à la pratique d'une médecine libre et au service du patient. Le manque de rigueur des recommandations, mais aussi des nouveaux modes de rémunération, ne peuvent qu'encourager le jeune praticien à privilégier sa vie personnelle, parfois au détriment de sa vie professionnelle. Or, « *l'essence de la médecine ne s'applique que dans la pratique du soin* » (30), et l'on risque à terme d'occulter le patient, et avec lui toute sa singularité.

Si le tableau est pessimiste, il ne nous paraît pas pour autant désespéré. L'intuition dont fait preuve le jeune praticien s'impose à lui lorsque la norme ne lui permet pas d'appréhender une situation singulière, et nous porte à croire que la médecine restera au service de l'individu, plutôt que des contraintes économiques. La science est nécessaire mais l'enjeu pour le praticien est d'en faire usage au service de son patient, plutôt que sous sa contrainte.

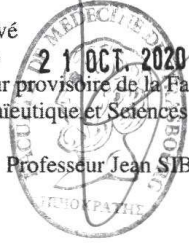
Professeur Thomas VOGEL
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Hôpital de la Robertsau
 POLE DE GERIATRIE
 67091 STRASBOURG Cedex

VU
 Strasbourg, le 16/10/2020
 Le président du Jury de Thèse

Professeur Thomas VOGEL

VU et approuvé
Strasbourg, le 21 OCT. 2020
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Annexe 1 : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune



Fiche mémo

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

Mars 2019

Ces recommandations visent à améliorer et harmoniser la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune en guidant les professionnels de santé dans les différentes étapes du diagnostic et du traitement, afin de réduire le risque de chronicité de la lombalgie et de désinsertion professionnelle.

La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur (AE). Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (AE).

La **lombalgie commune** désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »). Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante (AE).

La **lombalgie chronique** est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

Il est proposé (AE) d'utiliser les termes de :

- « **poussée aiguë de lombalgie** » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- « **lombalgie à risque de chronicité** » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;
- « **lombalgie récidivante** » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Un arbre décisionnel de prise en charge du patient présentant une lombalgie est proposé ci-joint : les recommandations relatives à certaines étapes sont détaillées ci-dessous.

Évaluation clinique d'une douleur lombaire

La recherche des **signes d'alerte** (cf. « **drapeaux rouges** ») orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée pour toute douleur lombaire récente, ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes (AE).

La recherche de ces signes d'alerte doit rester à l'esprit du praticien à tous les stades de la lombalgie, notamment en cas de poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques (AE). La spécificité des signes d'alerte (cf. « **drapeaux rouges** ») pris isolément est limitée ; c'est leur combinaison qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie sous-jacente à la douleur lombaire justifiant une prise en charge spécifique.

Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie (AE).

Évaluation du risque de chronicité

La recherche précoce des **facteurs de risque psychosociaux** (cf. « **drapeaux jaunes** ») est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée au risque (grade B).

Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.

En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le **STarT Back screening tool**¹ (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), et la version courte du **questionnaire Örebro**¹ (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (grade B). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le **FABQ**¹ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'**HAD**² (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés (AE).

Pertinence de l'imagerie

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie (grade C).

Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il est recommandé de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique (au-delà de 3 mois) (AE) : la réalisation d'une IRM est recommandée (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM) (AE).

Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques afin de ne pas retarder leur prise en charge) (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (AE).

Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes (AE).

Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (AE).

1. Pour les questionnaires Star Back, Örebro et FABQ : sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/
2. Échelle HAD : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_échelle_had.pdf

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.

Prise en charge globale du patient lombalgique

La prise en charge doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une **décision médicale partagée**.

Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de **délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune** (généralement favorable en quelques semaines) (AE).

En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il est utile d'envisager une prise en charge pluri-disciplinaire (AE) pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, puis si indiqué spécialiste de la douleur, ou chirurgien du rachis. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement (AE).

Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, en raison du caractère délétère des discours discordants (AE).

Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle³

Les **facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail** (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines (AE). Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail (AE).

3. Haute Autorité de santé. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-02/reco271_recommandations_maintien_en_emploi_v1.pdf

Prise en charge non médicamenteuse

Avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le **diagnostic médical de lombalgie commune** doit avoir été posé (AE).

L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B).

Tableau 1. Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune. Différentes prises en charge peuvent être associées.

			Modalités
Première intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
Deuxième intention	Éducation à la neurophysiologie de la douleur (a)	Indiquée (AE)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Interventions psychologiques type TCC	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur.
Troisième intention	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale (b) et professionnelle	Possible (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

TCC : techniques cognitivo-comportementales ; (a) sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/ ; (b) il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordre social.

Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité : prise en charge par kinésithérapie

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B).

Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).

La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la **participation active du patient** (grade B).

Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).

Prise en charge médicamenteuse

Aucun médicament antalgique n'a prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie. Néanmoins la prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, peut être mise en place pour la gestion des accès douloureux (AE).

Il est recommandé de rappeler le bon usage des antalgiques et leur utilité à visée symptomatique et non curative (AE).

Le choix du traitement doit prendre en compte les antécédents médicaux, les expériences antérieures de prise antalgique, les préférences du patient et le risque de mésusage.

Tableau 2. Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune.

		Modalités	Grade
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur.	AE
	AINS	Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfique/risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.	A
Seconde intention	Opioïdes (a)	Le risque de mésusage doit être pris en compte (b). Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible. Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.	B B B
	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	A B
	Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	A B

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IRSNa : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

(a) Il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires des opioïdes. Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE).

(b) Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*Opioid Risk-Tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).

(c) Il est recommandé d'informer le patient de leur mode d'action (effet différé) et des effets indésirables (AE).

(d) Score DN4 ou *pain detect*.

Prises en charge envisageables sous conditions/non recommandées

► Prises en charge non médicamenteuses

Les **ultrasons** et les **tractions lombaires** ne sont pas recommandés (grade B).

Les **semelles orthopédiques** ne sont pas indiquées (grade B).

L'**acupuncture**, l'**acupression** et le **dry needling** (puncture sèche) n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la **sophrologie**, de la **relaxation**, de la « **méditation pleine conscience** » ou de l'**hypnose**. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient (AE).

Il est possible d'envisager le port d'une **ceinture lombaire** ou d'un **corset** sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités (AE) bien qu'ils n'aient pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une **stimulation médullaire** peut se discuter en centre d'évaluation et traitement de la douleur (AE).

► Prises en charge médicamenteuses

En l'absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par **Néfopam (AE)**, ni par **corticoïdes (AE)**.

Les **myorelaxants** ont une balance bénéfique/risque défavorable dans la lombalgie commune (AE).

Il n'y a pas d'indication à un traitement par **antibiotiques (grade B)**, ni par **vitamine D (grade B)**, ni par **patch de lidocaïne (AE)**, ni par **anti-TNF alpha (AE)**.

Infiltrations rachidiennes

Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie (grade C).

Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.

En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).

En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée (AE). Il n'est pas possible de formuler de recommandation claire sur l'usage des infiltrations facettaires intra-articulaires.

Prise en charge chirurgicale

En cas d'échec de la prise en charge multidisciplinaire, un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas⁴ (AE).

Aspects de prévention secondaire

Il est recommandé aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'auto rééducation afin de diminuer le risque de récurrence (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient (AE).

4. Haute Autorité de santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/arg_pertinence_chir-lombalgie.pdf

Messages clés

- Il est essentiel de délivrer une **information rassurante** quant au pronostic : dans 90 % des cas, la lombalgie commune évolue favorablement en moins de 4 à 6 semaines.
- En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie, compte-tenu de l'absence de corrélation systématique radio-clinique.
- **L'activité physique** est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d'éviter une récurrence.
- **Les patients à risque de chronicité doivent être identifiés précocement**, afin de réaliser de la kinésithérapie avec participation active du patient. En l'absence d'amélioration, la **prise en charge multidisciplinaire** inclut un médecin spécialiste du rachis et si nécessaire un médecin du travail.
- La prise en charge globale du patient, dite « **bio-psycho-sociale** », doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). Elle s'appuie sur **une décision médicale partagée**.

En savoir plus

Campagne de l'Assurance maladie

- Brochure « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ?
www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/pathologies/lombalgie
- Mal de dos au travail : les employeurs mobilisés
assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/mal-de-dos-au-travail
- Activ'Dos, l'appli pour prévenir votre mal de dos
www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos

Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Bibliographie

1. Utard G, Evidence Based Medicine. La médecine fondée sur les preuves, Bibliothèque interuniversitaire de Santé - Paris [En ligne]. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf> [consultée le 16 septembre 2020].
2. Guyatt G. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
4. Bouaud J, Séroussi B. Médecine factuelle et recommandations de bonne pratique : une extension du modèle classique pour expliquer les décisions médicales non conformes. In: 23es Journées Francophones d'Ingénierie des Connaissances (IC 2012) [En ligne]. Paris, France; 2012, p. 251-66. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00714749> [consultée le 8 juillet 2020].
5. Henry-Amar M. Études de cohortes, essais cliniques randomisés, méta-analyse: quelle méthode pour quel résultat? [En ligne]. <http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9721/?sequence=1> [consultée le 17 septembre 2020].
6. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. Evidence-Based Medicine et choix du patient [En ligne]. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9725/SFSPM_2005_04_67.pdf?sequence=1 [consultée le 23 juillet 2020].
7. Noir de Chazournes G. Panorama critique de la médecine factuelle. Mémoire de M1. Institut d'études politiques de Lyon;2010,100p.
8. Kinnaert P. La chirurgie factuelle : aspects éthiques et méthodologiques. *Rev Med Brux* 2006;27:451-8.
9. Lemiengre M. Preuve adaptée : reconnaître les limites de l'Evidence Based Medicine. *Minerva* 2008;7(5):65.
10. Abramson J, Starfield B. The effect of conflict of interest on biomedical research and clinical practice guidelines: can we trust the evidence in Evidence-Based Medicine? *J Am Board Fam Pract* 2005;18(5):414-8.
11. Als-Nielsen B, Chen W, Gluud C, Kjaergard LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events? *JAMA* 2003;290(7):921-8.
12. Chabannes-Gurvil C. ANDEM / ANAES Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000). 2005. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/andem_anaes.pdf [consultée le 19 septembre 2020].

13. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et Action Publique* 2012;1(3):53-75.
14. Gros F. Michel Foucault. Paris: Presses Universitaires de France (Que sais-je?); 2004, 128 p.
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. HAS (Haute autorité de santé) [En ligne]. 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante> [consultée le 20 septembre 2020].
16. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique* 2006;18(4):573-84.
17. Haute Autorité de Santé. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique [consultée le 16 septembre 2020].
18. Sournia J-C. Histoire de la médecine. Paris: La Découverte; 2004, 364 p.
19. Reach G. L'inertie clinique : une critique de la raison médicale. Paris: SpringerLink; 2012, 172 p.
20. Rougeron C. La médecine générale en France de la révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Med Public Health* 2015;1(2):283-8.
21. Vega A. Introduction à l'approche anthropologique des soins. *DRMG* 2007;64:33-54.
22. Haute Autorité de Santé. Document d'information - Si vous souhaitez réaliser des recommandations de bonne pratique [En ligne]. 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/document_d_information_recommandations_de_bonne_pratique_2011-01-06_11-12-31_795.pdf [consultée le 19 septembre 2020].
23. Formindep - Pour une inFormation indépendante en santé [En ligne]. <https://formindep.fr/> [consultée le 21 septembre 2020].
24. Question écrite n°8144, JO Sénat. 2009 juin p. 1407.
25. Haute Autorité de Santé. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-sa-recommandation [consultée le 19 septembre 2020].
26. Phillips LR, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *2001;135(9): 825-34.*
27. Weber J-C. La clinique, laboratoire de la médecine. Exploration philosophique. Thèse de doctorat en philosophie. Université Paris Sciences et Lettres; 2019.
28. Sylvestre L, Gentil F. « Qui » soigne-t-on: un chiffre ou un patient? Thèse de médecine. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014, 79 p.

29. Girerd X. Étude HTA Flash 2015 [En ligne]. http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2018/01/FLAHS2015_Diapo.pdf [consultée le 14 juin 2020].
30. Weber J-C. La médecine comme technê : tactique du geste, éthique du tact. *Revue Texto!*. 2011;16(1). [En ligne]. http://www.revue-texto.net/docannexe/file/2743/weber_namur.pdf [consultée le 15 juin 2020].
31. Reach G. La médecine, un art de la complexité. *Bull Académie Natl Médecine* 2018;202(1-2):241-53.
32. Reach G. La véritable inertie clinique: une attitude toujours critiquable. *MmM* 2011;5(2):57-61.
33. Frémeaux T. L'inertie thérapeutique dans la prise en charge de l'hypertension artérielle: inertie réelle ou abstention appropriée? Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Vernes; 2015, 62 p.
34. Giangreco L. L'inertie thérapeutique dans la prise en charge du diabète type 2 en médecine générale: l'exemple du passage à une bithérapie. Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Marseille; 2018, 83 p.
35. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the healthy people 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47(3):345-51.
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas démographique 2018 [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf [consultée le 30 juillet 2020].
37. Aujoulat I, Jacquemin P, Hermans MP, Rietzschel E, Scheen A, Tréfois P, et al. Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium. *BMC Fam Pract* 2015;16:13.
38. Agence Régionale de Santé. L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecins [En ligne]. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins> [consultée le 1 septembre 2020].
39. Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques : redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bull Académie Natl Médecine* 2016;200(6):1225-40.
40. Delarue L-A. Les « Recommandations pour la pratique clinique » élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle? : à propos de trois classes thérapeutiques. Thèse de Médecine. Université de Poitiers; 2011.
41. Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *Can Med Assoc J* 2002;166(12):1525-30.
42. Antibiocliv : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [En ligne]. <https://antibiocliv.com/> [consultée le 1 septembre 2020].

43. Savard G. Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence Based Medicine). Mémoire en éthique médicale et biologique. Université René Descartes (Paris 5); 2003.
44. Tutin C. Recommandations, HAS, Conseil d'État, opposabilité, preuves [En ligne]. Medscape. 2010. <https://francais.medscape.com/voirarticle/3040613> [consultée le 3 septembre 2020].
45. Sackett D, Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, William Rosenberg, R. Brian Haynes. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001, 261 p.
46. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services. *Am J Prev Med* 2006;31(1):52-61.
47. McAlister FA, van Diepen S, Padwal RS, Johnson JA, Majumdar SR. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines? *PLoS Med* 2007;4(8):e250.
48. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Hertzel C Gerstein, Michael E Miller, Robert P Byington, David C Goff Jr, J Thomas Bigger, John B Buse, William C Cushman and al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2545-59.
49. Morawski-Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé* 2006;24(2):75-103.
50. Molliex S, Samama C-M. La médecine factuelle et la « vraie vie » : pourquoi les cliniciens n'appliquent-ils pas les référentiels ? *ANNFAR* 2010;29(12):859-61.
51. Herland K, Akselsen J-P, Skjøsberg OH, Bjermer L. How representative are clinical study patients with asthma or COPD for a larger "real life" population of patients with obstructive lung disease? *Respir Med* 2005;99(1):11-9.
52. Le Blanc G. Canguilhem et les normes. Paris: Presses Universitaires de France (Philosophies). 2008, 136 p.
53. Radtke A, Pfister R, Kuhr K, Kochanek M, Michels G. Is 'gut feeling' by medical staff better than validated scores in estimation of mortality in a medical intensive care unit? – The prospective FEELING-ON-ICU study. *J Crit Care* 2017;41:204-8.
54. Thiry A-S. Quelle est la perception du "gut feeling" dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne? Thèse de médecine. Université de Bordeaux; 2016, 88 p.
55. Vogel L. Gut feelings a strong influence on physician decisions. *CMAJ* 2018;190(33):E998-E999.
56. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Lecture critique d'article à l'examen national classant de 2009 : pour renforcer le pacte de confiance entre les médecins et leurs patients [En ligne]. www.enseignementsup-

- recherche.gouv.fr/cid20100/lecture-critique-d-article-a-l-examen-national-classant-de-2009.html [consultée le 4 septembre 2020].
57. Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Sève* 2007;15(2):79-94.
 58. Perino L. Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole - Chapitre 1 [En ligne]. <https://lucperino.com/img/textes/EBM-1.pdf> [consultée le 19 juillet 2020].
 59. Shin JH, Haynes RB, Johnston ME. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning. *CMAJ* 1993;148(6):969-76.
 60. Reach G. L'inertie clinique, un conflit entre deux logiques. *PSN* 2012;10(2):7-20.
 61. Soussain O. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique: ça marche? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique. Thèse de médecine. Université des Antilles;2018,82 p.
 62. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Focus « ROSP » - Peut-on la refuser ? [En ligne]. <http://www.csmf.org/focus-rosp-peut-la-refuser> [consultée le 6 septembre 2020].
 63. Ameli. La Rosp [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp> [consultée le 6 septembre 2020].
 64. Ameli. Rosp médecin traitant de l'adulte [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte> [consultée le 6 septembre 2020].
 65. Lifen. Forfait structure & ROSP 2020 : qu'est-ce qui change pour vous ? [En ligne]. <https://rosp.lifen.fr/articles-rosp/forfait-structure-rosp-2019-les-changements> [consultée le 6 septembre 2020].
 66. Saint-Lary O. Paiement à la performance et soins primaires : étude des tensions éthiques liées à son introduction. Thèse de doctorat en éthique médicale. Université Paris Descartes : Ecole doctorale des sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion;2014.
 67. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? *RFAS* 2011;(2):123-55.
 68. Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):232-238.
 69. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [En ligne]. 2019. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate> [consultée le 6 septembre 2020].
 70. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique: quelle perception en ont les médecins généralistes? Thèse de médecine. Université d'Angers;2015.

71. Degos L. Le paiement à la performance est-il performant ? *MmM* 2013;7(3):207-10.
72. Nau JY. « Inertie clinique » : une démarche salvatrice ? - *Rev Med Suisse* 2013;9:1860-1861.
73. Safford MM, Shewchuk R, Qu H, Williams JH, Estrada CA, Ovalle F, et al. Reasons for not intensifying medications: differentiating “clinical inertia” from appropriate care. *J Gen Intern Med* 2007;22(12):1648-55.
74. Krakoff LR, Kronish IM. Guidelines, inertia, and judgment. *Hypertension* 2011;58(4):544-5.
75. Baudrant-Boga M, Allenet B. Inertie thérapeutique : et le patient dans tout ça ? *MmM* 2011;5:76-80.
76. Rabenda V, Reginster JY. Prévention et traitement de l’ostéoporose : éviter l’inertie clinique et motiver l’adhésion au traitement. *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):358-365.
77. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):239-45.
78. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *Br J Gen Pract* 2013;63(616):e751-9.
79. Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycosylated hemoglobin. *Ann Fam Med* 2007;5(3):196-201.
80. Gain L, Vaubourzeix C. Évaluation prospective de l’outil informatique Diascope® pour l’aide à l’adaptation thérapeutique du diabète de type 2 en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Grenoble Alpes;2017.
81. Halimi S, Attali C. L’inertie thérapeutique dans le diabète de type 2 : la comprendre sans la banaliser. *MmM* 2011;5:S62-8.
82. Société Française de Médecine Générale. Elements de la démarche décisionnelle [En ligne]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/834/fichier_demarche_decisionnelle-b2861.pdf [consultée le 5 juillet 2020].
83. Harle CA, Harman JS, Yang S. Physician and patient characteristics associated with clinical inertia in blood pressure control. *J Clin Hypertens* 2013;15(11):820-4.
84. Philips JC, Scheen A. Inertie clinique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 : quelles solutions proposer ? *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):318-325.
85. Neda Ratanawongsa 1, Andrew J Karter, Melissa M Parker, Courtney R Lyles, Michele Heisler, Howard H Moffet, Nancy Adler. Communication and medication refill adherence: the diabetes study of northern California. *JAMA Intern Med* 2013;173(3):210-8.

86. Ce que nous savions, ce que nous faisons, ce que nous avons appris, ce que nous devrions faire - Preuves & Pratiques ; 12 septembre 2020 ; Strasbourg.
87. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005;28(11):2673-9.
88. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G, Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, et al. Clinical inertia and outpatient medical errors. in: advances in patient safety: from research to implementation (Volume 2: Concepts and Methodology). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005.
89. Biogeu J, Carré M. Redéfinir l'inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. Thèse de médecine. Université de Tours; 2015.
90. Polonsky WH, Jackson RA. What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes* 2004;22(3):147-50.
91. Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Eschwège E, Gönder-Frederick L, Simon D. PANORAMA: A European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type-2 diabetes mellitus - study design. *Prim Care Diabetes* 2011;5(4):231-9.
92. Attali C, Le Breton J, Bercier S, Chartier S, Ferrat E. « Arrêtez de tirer sur le pianiste ! » Le point de vue du médecin généraliste sur l'inertie thérapeutique. *MmM* 2011;5:S69-75.
93. Mossé P. La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité. *Sciences Sociales et Santé* 1998;16(4):35-60.
94. Laplante A. L'écoute en médecine générale. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie (Paris IV); 2011.
95. Dumas C. Inertie thérapeutique dans la prise en charge de l'hypertension artérielle : étude des facteurs cliniques influençant la prise de décision des médecins en soins premiers. Thèse de médecine. Université Toulouse III; 2017.
96. van Bruggen R, Gorter K, Stolk R, Klungel O, Rutten G. Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. *Fam Pract* 2009;26(6):428-36.
97. Bouée S, Detournay B, Balkau B, Blicke JF, Attali C, Verges B, Avignon A, Halimi S. Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. *BEH* 2010;42-43:436-440.
98. Lebeau J-P, Cadwallader J-S, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Auger I, et al. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology. *BMJ Open* 2016;6(5):e010639.

99. Redón J, Coca A, Lázaro P, Aguilar MD, Cabañas M, Gil N, et al. Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens* 2010;28(8):1770-7.
100. McKinstry B, Hanley J, Wild S, Pagliari C, Paterson M, Lewis S, et al. Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f3030.
101. Crowley MJ, Smith VA, Olsen MK, Danus S, Oddone EZ, Bosworth HB, et al. Treatment intensification in a hypertension telemanagement trial: clinical inertia or good clinical judgment? *Hypertension* 2011;58(4):552-8.
102. Giugliano D. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305(15):1591-2.
103. Lebeau J-P, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, Mercier A, Pasquet T, Rusch E, et al. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC Fam Pract* 2014;15:130.
104. Ameli. Guide Méthodologique - Forfait Structure 2019 - Convention Médicale du 25 août 2016 [En ligne]. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/489483/document/note_methodologique_forfait_structure_2019.pdf [consultée le 9 septembre 2020].
105. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études et Résultats* 2012;797:1-8.
106. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
107. Urena-Dores A, Le Bel J, Gelly J, Mercier A, Aubin-Auger I. La délivrance du test Hemocult II : pas si chronophage ! *Exercer* 2014;25(114):181-2.
108. Chaabane S. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. Thèse de médecine. Université de Rouen;2018.
109. Pandélé Y. Le serment du médecin génération Y : d'abord, s'épanouir [En ligne]. What's Up Doc. 2016. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/le-serment-du-medecin-generation-y-dabord-sepanouir-0> [consultée le 10 septembre 2020].
110. Pestiaux D, Vanwelde C. Devenir médecin généraliste: Et le bonheur, dans tout cela? *Can Fam Physician* 2007;53(3):391.
111. Revel J. Le vocabulaire de Foucault. Paris : Ellipses; 2009, 113 p.

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ERKE Prénom : Marie

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

Signature originale :

A Metz, le 20/10/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.