

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en D.E.S. de Médecine Générale

**Quelles sont les motivations du
médecin généraliste lors de la
prescription d'une NFS chez un
patient sain et asymptomatique ?**

Étude qualitative auprès de médecins généralistes du
Maine-et-Loire

CARETTE Valentin

Né le 17 mars 1992 à Amiens (80)

Sous la direction de Mme le Docteur JUDALET-ILLAND Ghislaine

Membres du jury

Monsieur le Professeur BELLANGER William | Président

Madame le Docteur JUDALET-ILLAND Ghislaine | Directrice

Monsieur le Docteur LAMBOUR Alexis | Membre

Soutenue publiquement le :
7 Décembre 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné CARETTE Valentin
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **16/11/2023**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie

FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine

RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine

CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUD Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine

SCHINKOWITZ Andreas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	

PAST

CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

PLP

CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
--------------	------------------	----------

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

A Monsieur le **Professeur William Bellanger**, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le **Docteur Ghislaine Judalet-Illand**, pour sa gentillesse, sa disponibilité, sa patience et de m'avoir guidé durant ce travail de thèse. Je vous suis reconnaissant de toute l'aide que vous m'avez apportée.

A Monsieur le **Docteur Alexis Lambour**, de m'honorer par sa participation comme membre de mon jury malgré la distance.

Remerciements aux participants :

A tous les médecins ayant participé à l'étude. Par le biais de vos témoignages, ce travail m'a permis de voir une nouvelle facette dans ma manière de pratiquer la médecine.

A mes collègues, médecins et paramédicaux de la MSP Jean-Bernard Nord, de m'avoir accueilli les bras ouverts. Merci pour votre gentillesse et votre humanité qui enrichissent ma pratique chaque jour.

A Tiphaine, Paul, Viviane, Héloïse, qui m'ont permis de découvrir et d'apprécier Angers comme il se doit.

A Barthouze et Gogow, j'étais loin d'imaginer que partager des verres de vin et des planches de charcuterie avec des personnes que je connaissais à peine m'amènerait à rencontrer deux femmes me faisant autant rire et étant toujours présentes malgré la distance. Hâte de faire la prochaine soirée "charcut'-ragots".

A Camille, partenaire "d'apéro" avec les deux sus-citées, même s'il ne te fallait pas grand chose pour te satelliser, puis ensuite compagnons de stress durant la sixième année d'externat. Ton anxiété (et tes joues) n'est pas aussi grande que ta réussite actuelle, médecin accomplie, faisant la spécialité que tu voulais, et maintenant mère de famille, merci de me soutenir et d'être toujours aussi présente dans ma vie.

Aux **darks DSK, Paul, MK et Walid**, pour toutes ces soirées très intelligentes autour d'un petit jus de pop-corn.

Aux **DSK : Arnaud, Geo, Anne-Cé, Etienne, Claire, Julia, Pauline, Chloé, Emilie, Mylène, Margaux, Virginie, Fabien**.

Je vais sortir la fameuse phrase bateau « on choisit pas sa famille mais on choisit ses amis » mais elle n'a jamais été aussi vraie. Merci d'être présents, d'avoir chacun votre personnalité, d'être vous et surtout d'être aussi débiles les uns que les autres. Je n'ai malheureusement pas pu être aussi présent ces dernières années mais chaque retrouvaille n'en est que plus joyeuse. Avec cette thèse, une page se tourne, et je compte bien revenir en force pour les prochains événements à venir.

A Pauline, merci de m'avoir accompagné à Angers, d'avoir été témoin et actrice de ma relation avec Julianne. Merci aussi de t'être amourachée de la personne rousse qui partage ta vie, **Alexis**, mêlant intelligence et folie, à la fois compagnon de thèse et de fête.

Aux groupes **BGC - La Mer**, à cette réunion de personnes composées uniquement de « fervents dialogueurs poétiques » :

A Léa, (oui je te considère comme le membre fantôme des BGC) merci pour ton humour mais aussi pour ta bienveillance et ta patience lors de mes états seconds. Merci pour ce rôle de petite Maman et à ces aprems Disney avec Nono et Banban en lendemain de soirée dans le canapé. Et surtout merci de rendre heureux l'un de mes meilleurs amis.

A **Antoine**, qui aurait cru que cet incroyable milieu de terrain à la coupe au bol chez qui je me rendais le mardi soir jouer à Football Manager réapparaîtrait dans ma vie à 400km d'Amiens. Merci de ta présence, et de ton enthousiasme et ta joie de vivre au quotidien.

A **Franck**, l'homme qui m'a permis de prendre la décision de quitter le cocon familial amiénois (et ce n'était pas une mince affaire), merci d'être toi : brillant, droit, attentionné et surtout toujours présent quand on a besoin de toi. Je suis fier d'être ton ami. Une nouvelle ère va pouvoir commencer : celle du tonton Francky!

A **Maxime**, pour avant tout tes vocaux de qualité, ta place de canapé complètement affaissée, pour ton humour, ton zozotement en train de se corriger. Merci également pour tes fringues, je dois certainement porter encore ta ceinture en ce moment même. Sache que je n'aurai pas pu rêver mieux comme meilleur ami, signé ton tac.

A **Alban**, tous les hématomes que j'ai reçus de ta part m'ont fait grandir et m'ont permis de devenir l'homme que je suis. Non, en vrai je te prends en 1V1 à la sortie de ce diplôme. En tout cas, merci pour ta présence, ta sensibilité que tu essaies souvent de cacher et ton franc parler, je ne pouvais pas trouver mieux comme coloc.

A **Renaud**, à la fois ami, père et maire (et non je ne me trompe pas d'orthographe). Merci d'avoir toujours été là, d'avoir probablement sabordé de la plus belle des manières mes études. A nos golden weeks, nos happys. Merci également de n'avoir jamais mis mon nom sur le bail de votre appartement amiénois.

A mes beaux parents, **Chérif** et **Isabelle**, merci avant tout d'avoir fait votre fille et ce qu'elle est, mais également merci de m'avoir accueilli les bras ouverts dans votre famille et de répondre toujours présents à nos côtés.

A ma tante et mon oncle, **Dominique** et **Marie-Antoinette**, merci d'avoir toujours été présents à mes côtés, de ma plus tendre enfance à encore maintenant, même si la distance est là vous restez toujours dans mes pensées.

A mes cousines, **Anne**, **Laure** et **Lucie**, ou plutôt devrais-je dire soeurs, pour vos talents de manipulation d'esprit afin de me convaincre à passer ma tête à travers les lames d'escaliers, à vos talents de songwriter sur les tubes "Coco le bourriquet", les rires ont marqué notre enfance, et malgré le fait que nous ayons chacun nos vies, votre présence et votre soutien m'ont toujours été d'une grande aide. En particulier, toi, Laure, ma marraine, merci de ta sensibilité, tes attentions et ton sens du partage, je ne pourrais jamais te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi de mon adolescence à aujourd'hui.

A **Maman**, ta gentillesse et ton côté protecteur m'accompagnent depuis ma naissance.

A **Papa**, merci de m'avoir inculqué ta droiture, ton sens du travail et du devoir.

Merci à vous deux pour tout l'amour que vous me portez, pour votre épaule sur laquelle je peux m'appuyer en toutes circonstances, et de m'avoir toujours laissé faire mes propres choix. Sans vous je ne serais certainement pas arrivé jusqu'ici et ne serais pas l'homme que je suis.

A toi **Julienne**, ma meilleure amie, ma confidente, ma femme. Merci d'être toujours à mes côtés, de me rassurer, de me soutenir et de me faire rire (parfois malgré moi). Vivre avec toi est l'image du bonheur que je m'imaginais. Le parcours a été semé d'embûches pour atteindre ces diplômes, mais il n'en rend que plus savoureux l'instant de leur remise. Notre histoire a commencé avec une cigarette électronique de la vodka et un costume de gorille (enfin je crois), maintenant nous sommes médecins et parents de deux magnifiques enfants. Je suis fier de toi et d'être celui qui partage ta vie. Je t'aime et j'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve encore.

A vous, mes fils, **Gabriel** et **Maxence**. Vous êtes la fierté de ma vie, je ne pensais pas qu'il existait un amour si grand et si intense comme celui que j'éprouve pour vous. Vous êtes mes fils, mes bébés, et pourtant c'est vous qui me faites grandir chaque jour, vous êtes mon tout, je vous aime.

Liste des abréviations

CBC	Complete Blood Count
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DU	Diplôme Universitaire
EBM	Evidence-Based Medicine
ECN	Épreuves Classantes Nationales
GP	General Pra
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
MSU	Maître de Stage des Universités
NFS	Numération Formule Sanguine
VGM	Volume Globulaire Moyen
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE	4
INTRODUCTION	17
MÉTHODES	20
1. Type d'étude	20
2. Variabilité de l'échantillon.....	20
3. Recrutement	20
4. Conception du guide d'entretien	21
5. Réalisation des entretiens et analyse des données	22
RÉSULTATS	23
1. Caractéristiques de la population d'étude	23
2. Les demandes de prescription de la NFS	25
2.1. La consultation de prévention.....	25
2.1.1. Un motif variable	25
2.1.2. Une consultation centrée sur l'interrogatoire.....	26
2.2. Les attentes du patient	28
2.3. Les ressentis et les initiatives du médecin	29
3. Les raisons de prescription ou de non-prescription de la NFS	32
3.1. Des recommandations inexistantes	32
3.2. Les facteurs intrinsèques au patient	33
3.2.1. Profil physiologique du patient	33
3.2.2. Une adaptation en fonction de l'interrogatoire	34
3.2.3. L'attente du patient	35
3.3. Facteurs intrinsèques au médecin	36
3.3.1. Une habitude de prescription	36
3.3.2. Un examen « facile ».....	37
3.3.3. Une formation professionnelle et des années d'expérience	37
3.3.4. Le vécu personnel	38
3.3.5. Une façon de se rassurer	39
3.3.6. Faire prendre part le patient à sa prise en charge	40
3.3.7. La crainte de poursuites judiciaires.....	40
4. Critique et intérêt de la NFS en dépistage chez le sujet sain selon les médecins.....	41
4.1. Absence d'intérêt	41
4.2. Ambivalence du médecin	42
4.3. Représentation des recommandations	43
DISCUSSION	44
1. Forces et limites.....	44
1.1. Forces.....	44
1.2. Limites.....	45
2. Comparaison avec les données de la littérature	45
2.1. Le rôle du médecin dans la prévention	45
2.2. Un impact économique énorme	47
2.3. La représentation des recommandations par le médecin généraliste	48
2.4. La frontière entre le sain et le pathologique	50
2.5. La surprescription et la prévention quaternaire	53
2.6. Une prescription parfois basée sur la médecine défensive	56
2.7. Savoir dire « Non ».....	57
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES TABLEAUX.....	67
TABLE DES MATIÈRES	68
ANNEXES	I

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : CRITÈRES DE LA GRILLE COREQ	II
ANNEXE III : PRÉSENTATION DU PATHOLOGIQUE AVEC LES CONCEPTS DISEASE, ILLNESS ET SICKNESS	IV
ANNEXE IV : LE PARADOXE DU DÉPISTAGE.....	V
ANNEXE V : LA PRÉVENTION QUATERNaire.....	VI

INTRODUCTION

Il n'existe aucune recommandation concernant la prescription de la NFS (Numération Formule Sanguine) chez le patient sain et asymptomatique.

La NFS ou hémogramme est l'examen permettant de détailler et connaître la numération des éléments cellulaires du sang circulant (hématies, plaquettes et leucocytes) ainsi que la formule leucocytaire, en déterminant la proportion des différents types (neutrophiles, lymphocytes, basophiles, éosinophiles, monocytes) et la détection éventuelle de cellules anormales.

Il est normalement prescrit dans un cadre diagnostique (anémie ou hémorragie ; asthénie inexplicable depuis dix jours ; syndrome infectieux inhabituel ou avec signes de gravité ; polyglobulie ; hémopathie) ou de prévention pour la surveillance de certaines pathologies (insuffisance rénale chronique à partir du grade B ; cirrhose ; myélome et autres hémopathies malignes ; maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique ; médicaments hématotoxiques). Toutes ces indications sont recommandées suite à des accords professionnels entre spécialistes, et présentes dans les collèges de chaque spécialité médico-chirurgicale et par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cependant, il n'existe pas de recommandation précise dans les pays occidentaux concernant la prescription de l'hémogramme chez le patient sain et asymptomatique.

Par son rôle, le médecin généraliste est le coordinateur de soins et le premier acteur de ces derniers pour le patient (1). Parmi ses missions principales, on notera la prévention primaire, qui est définie selon l'HAS comme celle « qui agit en amont de la maladie ». Au fil des années et avec l'accumulation de connaissances médicales et scientifiques, la place de cette dernière a été croissante dans notre pratique, notamment avec la mise en place de dépistages systématiques et un objectif de réduction des facteurs de risque propre à chaque

patient par le biais de mesures préventives tels que la vaccination, le dépistage de facteur de risques cardiovasculaires et l'éducation thérapeutique (2).

Le médecin généraliste est fréquemment confronté dans sa pratique à la demande par le patient de bilan biologique de contrôle, ou, dans certains cas, la prise de sang est prescrite par le médecin sans aucune sollicitation de sa part afin de faire « le point » sur son état de santé (3)(4).

Pourtant dans la méta-analyse « General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease » on ne retrouve pas d'étude ayant démontré une amélioration de la morbi-mortalité dans la population saine, asymptomatique et sans quelconque facteur de risque (5)(6). Il n'y a d'ailleurs pas de recommandation, ni étude retrouvant un réel intérêt sur la population générale sur le fait de réaliser des examens sans signe évocateur de pathologie.

En France, les examens de prévention sont composés du frottis, du dépistage du cancer colorectal par le biais d'hémoccult et la mammographie, répondant à des critères clairs tels que l'âge, le sexe et les antécédents personnels ou familiaux (7)(8). Seul le traitement des dyslipidémies reste l'exception dans la prescription médicale active de médicament en prévention primaire selon les nouvelles recommandation du SCORE II (9).

D'autant plus, il a même été prouvé que les probabilités d'obtenir un résultat anormal est par définition de 5% lorsque l'on mesure un seul paramètre biologique chez un sujet sain. Lorsque l'on fait 10 examens chez ce même sujet, la probabilité atteint alors les 40% (10).

Le bilan prescrit, initialement le plus souvent pour rassurer le patient, augmente statistiquement le nombre de résultats en dehors des valeurs de référence, considérés à tort comme pathologiques. Il augmente l'anxiété du patient, avec la réalisation d'examens complémentaires inutiles ou des pathologies traitées ou surveillées à tort sans bénéfice sur la prise en charge thérapeutique (11)(12).

Enfin, sur le plan économique, la NFS reste le premier acte en volume et en dépense avec un montant qui représentait plus de 10% des dépenses d'analyses biologiques en 2010. Pour rappel, la dépense en actes de biologie en 2013 représentait plus de 7 milliards d'euros et cette dernière ne cesse de croître (13). On peut expliquer la demande d'une prise de sang de routine par les patients sur la croyance que pratiquer cet examen de manière ponctuelle mais répétée permet de prévenir les maladies.

En revanche, on ne se penche que très peu sur les motivations du praticien. On retrouve déjà que le bilan de dépistage n'est pas le même d'un praticien à un autre (14). L'expérience acquise du praticien, sa méthode d'exercice, sa participation au dépistage systématique (15), sa capacité à se former ou suivre les recommandations ou ses conditions de travail sont autant d'éléments impactant sa manière de prescrire (16).

Par le biais d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire, ce travail va explorer les pratiques des médecins généralistes et s'employer à comprendre leur motivation à prescrire une NFS chez un sujet sain et asymptomatique.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux pratiquant dans le département du Maine-et-Loire.

2. Variabilité de l'échantillon

La population recrutée était des médecins généralistes exerçant en libéral dans le Maine-et-Loire. L'objectif était d'avoir un échantillon le plus hétérogène possible. Les éléments recueillis concernaient leur âge, leur genre, leur parcours professionnel, leurs années de pratique, leur mode et lieu d'exercice, la présence de diplôme universitaire supplémentaire et leur statut ou non de maître de stage universitaire (MSU).

3. Recrutement

Les sujets inclus devaient être des médecins généralistes remplaçants ou installés, exerçant en libéral dans le Maine et Loire.

Les critères d'exclusion étaient : l'absence de validation du cursus par la thèse, l'inexpérience dans le suivi régulier d'une patientèle, un mode d'exercice orienté sur une population spécifique (gynécologie, gériatrie, addictologie, pédiatrie), carrière exclusivement hospitalière, retrait du consentement en cours d'étude.

Le recrutement s'est fait initialement par réseau de connaissances puis par effet boule de neige pour permettre la constitution d'une population aux critères de variation maximale. Les médecins ont tous été contactés par mail ou par téléphone.

La taille de l'échantillon n'était pas définie a priori et le recrutement s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte de la saturation des données, confirmée par trois entretiens supplémentaires ne retrouvant aucun nouvel élément de codage.

4. Conception du guide d'entretien

Chaque entrevue s'articulait autour d'un guide d'entretien (**Annexe I**) composé de questions ouvertes, permettant une liberté de réponse au médecin interrogé et l'opportunité d'aborder des sujets non envisagés préalablement par l'investigateur.

Il a été élaboré à partir des présupposés de recherche établis par l'auteur suite à son investigation dans la littérature qui sont :

- Les motivations du médecin généraliste à prescrire la NFS reposent sur les demandes du patient et leur habitude de pratique.
- Les médecins généralistes n'ont pas forcément connaissance de recommandations sur la prescription de NFS chez un patient sain et asymptomatique.
- Les médecins généralistes se basent sur leurs expériences de découverte de pathologies durant leur carrière pour prescrire la NFS.
- Les médecins généralistes prescrivent la NFS de manière systématique chez un patient sain dans le cadre d'un dépistage individuel.

L'ordre des questions permettait d'organiser l'entretien, cependant il pouvait être modifié selon les éléments apportés spontanément par l'interviewé.

Le guide d'entretien a évolué et s'est enrichi au fil des analyses effectuées, afin de l'adapter aux nouvelles données émergeantes lors du recueil d'informations.

5. Réalisation des entretiens et analyse des données

Les entretiens ont été réalisés de août 2023 à octobre 2023. Ils se déroulaient en présentiel et de manière individuelle en face à face, dans un lieu préalablement déterminé par le médecin. Les entretiens ont majoritairement eu lieu dans leur cabinet ou bien à leur domicile. Il était demandé de prévoir un créneau d'une trentaine de minutes afin de réaliser l'entretien.

Avant chaque interview, un rappel des modalités d'enregistrement, d'anonymisation et de confidentialité des données était effectué. Le consentement de chaque médecin a été recueilli oralement au début de chaque entretien.

Les entretiens étaient enregistrés en deux exemplaires grâce à un téléphone portable ainsi qu'un Dictaphone numérique.

Concernant l'analyse, chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité avec intégration des silences, rires et hésitations, à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®. L'ensemble de ces retranscriptions constituait le verbatim de l'étude. Tous les éléments permettant d'identifier la personne interrogée ont été supprimés.

Par la suite, l'analyse du verbatim a été réalisée manuellement par l'investigateur au fil des entretiens à l'aide du logiciel Excel®. Les unités minimales de sens ont été isolées, puis classées en thèmes et en sous-thèmes selon une analyse thématique transversale inductive, s'inspirant ainsi de l'approche par théorisation ancrée.

Un double codage a été réalisé par le chercheur ainsi qu'une de ses confrères, n'ayant pas retrouvé de discordance notable dans le traitement des données.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

Au cours de cette étude, 18 médecins ont été sollicités, 7 d'entre eux n'ont pas répondu. L'échantillon était constitué de 6 femmes et 5 hommes, d'âge compris entre 32 et 64 ans.

La majorité des médecins exerçait en milieu semi-rural, 1 médecin pratiquait en zone urbaine et 1 autre en milieu rural.

Parmi les médecins interrogés, 1 était retraité depuis peu et 3 étaient remplaçants dont l'un s'était désinstallé dans les trois mois précédents l'entretien.

Sur les 11 professionnels de santé interrogés, 4 étaient MSU auprès d'internes de médecine générale, 4 détenaient un diplôme universitaire (DU) (pédiatrie, gynéco-obstétrique, médecine et traumatologie du sport, médecine préventive de l'enfance).

La moyenne des entretiens était de 17 minutes, avec des bornes externes allant de 12 minutes pour l'entretien le plus court, à 28 minutes pour l'entretien le plus long.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le **tableau I** ci-après.

Tableau I - Caractéristiques de la population d'étude

Médecin	Age	Sexe	Durée d'installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	MSU	DU
M1	38	F	5 ans	Semi-rural	MSP	Non	Oui
M2	32	M	Remplaçant depuis 4 ans	Urbain	Varié	Non	Non
M3	50	F	7 ans	Semi-rural	MSP	Oui	Oui
M4	65	M	32 ans	Semi-rural	MSP	Oui	Oui
M5	37	M	8 ans	Semi-rural	MSP	Oui	Non
M6	38	M	7 ans	Rural	Cabinet de groupe	Oui	Non
M7	38	F	9 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	Oui	Non
M8	37	M	5 ans	Semi-rural	MSP	Non	Non
M9	35	F	4 ans puis Remplaçant	Semi-rural	Varié	Non	Non
M10	60	F	8 ans	Semi-rural	MSP	Non	Oui
M11	36	F	Remplaçant depuis 3 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	Non	Non

2. Les demandes de prescription de la NFS

2.1. La consultation de prévention

2.1.1. Un motif variable

Certains médecins relataient que la prescription de bilan biologique dont une éventuelle NFS chez les patients avait souvent lieu au décours d'une consultation pour un autre motif.

En effet, bien que plusieurs patients consultaient pour faire le point sur leur santé, la plupart des interrogés rapportaient que ce motif seul restait relativement rare et s'établissait le plus souvent dans le cadre d'un suivi :

M1 : « Souvent ils viennent parce qu'ils ont quand même un truc à renouveler. »

Ils expliquaient que cela pouvait également survenir au décours d'une consultation pour certificats médicaux de sport :

M3 : « Après ils viennent, ils en profitent sur les certificats de sport »

M11 : « C'est souvent lors de demande de certificats de sport »

Mais aussi dans le cadre de consultations de suivi annuel notamment chez la patientèle plus jeune :

M4 : « par exemple des visites systématiques d'adolescents »

Certains évoquaient la présence de ces demandes suite aux entretiens médicaux menés par l'Institut Inter Régional de la Santé (IRSA) :

M4 : « La dernière fois c'était un patient euh lambda, qui est venu pour avec des résultats d'IRSA par exemple »

Les médecins saisissaient donc l'opportunité de ces consultation pour faire de la prévention.

2.1.2. Une consultation centrée sur l'interrogatoire

La consultation se déroulait toujours de la même façon pour les interviewés avec l'interrogatoire au centre de celle-ci.

Les médecins mentionnaient avant tout rechercher des éléments pathologiques par d'éventuels symptômes ou plaintes du patient :

M3 : « on l'interroge, pour savoir si il a des choses qui le questionnent, si il pense avoir des symptômes »

M5 : « c'est un peu toujours pareil en fait. On essaie déjà toujours au début de récolter toutes les plaintes éventuelles »

M8 : « Ah bah en premier lieu, c'est des symptômes, des signes d'appel de pathologie. Surtout de problèmes cardiovasculaires et de pathologies en cours, d'altération de l'état général, de palpitations, d'essoufflement, de perte de poids, d'insuffisance cardiaque principalement, les douleurs thoraciques bien sûr, les malaises. »

Ils interrogeaient aussi sur les antécédents personnels et familiaux :

M7 : « Je pose mes questions sur les antécédents. Je demande s'ils ont des antécédents médicaux, là, ils me répondent librement (...) Je demande dans la famille s'il y a des antécédents cardio-vasculaires (...) des antécédents de cancer qui auraient un impact sur l'hérédité »

Ils questionnaient également le mode de vie du patient à la recherche de facteurs de risque cardiovasculaire, tel que son alimentation, sa pratique sportive, le tabac :

M9 : « Je vais interroger ben du coup voilà : le sommeil, le travail, le tabac, l'alimentation, l'activité physique »

M5 : « voilà c'est surtout justement parler des règles hygiéno-diététiques, du tabac, de l'alcool, du stress »

Certains faisaient également état d'une recherche de mal-être psychologique, que ce soit sur le plan professionnel ou personnel :

M4 : « Ça va être aussi les interventions sur les facteurs de risques psycho-sociaux, sur le travail, sur voilà, donc on peut aborder au cours de ces consultations bien sûr, même s'il n'y a pas d'élément purement clinique. »

M1 : « Quand ils travaillent, je demande si au travail ça se passe bien »

Ainsi que pour d'autres la recherche d'évènements traumatisques dans le vécu de la personne comme des violences physiques, psychologiques ou sexuelles :

M7 : « à la toute fin je pose la question : "Avez-vous déjà été exposé à des violences?"

Cette consultation était qualifiée comme plutôt libre et était une occasion pour le médecin de laisser parler et d'écouter le patient :

M4 : « je laisse toujours parler les gens. J'ai toujours fait des consultations pour ça assez longue, de manière à laisser (...) le patient exprimer un peu le motif de sa consultation avec ses mots (...) faire un peu le point de tout, simplement parler d'eux et parler de leur santé. »

M6 : « Globalement je laisse un peu parler quoi »

M11 : « Je laisse parler et on voit ce qu'il en sort. »

Tous expliquaient également rechercher la participation du patient aux divers examens de dépistages organisés tels que le frottis, la mammographie, le dépistage du cancer colorectal :

M4 : « on va intervenir sur des euh des actes de prévention, de dépistage systématique, de prévention, de vaccination, de dépistage des cancers colorectaux par exemple ou des mammographies ou chez les hommes la prostate »

M7 : « Je fais le point par rapport aux dépistages qui sont proposés, euh les dépistages organisés j'entends. Si ça n'a pas été mis à jour, ben j'en profite pour en reparler, les mettre à jour. »

M9 : « Je vais aussi, voilà les renseigner sur, enfin leur demander s'ils connaissent les différents dépistages qui existent et puis leur expliquer si tel est le cas. Pareil pour la vaccination »

Mais également si ses vaccinations étaient bien à jour :

M1 : « je suis un peu obsessionnelle du vaccin moi. (...) Là où ils en sont dans leur vaccination, ça se ... c'est très systématique ! »

Enfin, certains recherchaient également des conduites à risque notamment sexuelles avec l'explication de l'intérêt du dépistage des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que la recherche d'addiction :

M9 : « je vais lui parler des infections sexuellement transmissibles et je vais lui prescrire le bilan. Après, je ne vais pas forcément lui dire de le faire en fait, je vais lui prescrire pour qu'il l'ait sous la main. Je vais lui expliquer comment ça se passe et pour qu'il puisse le faire quand il en a besoin. Mais je ne vais pas lui demander de le faire d'emblée en fait »

2.2. Les attentes du patient

Pour la plupart des médecins interrogés, le patient était avant tout demandeur de réassurance, afin d'être conforté sur l'absence d'éléments pathologiques présents :

M8 : « Oh ben ils ont besoin d'être rassurés. Rassurés sur leur état de santé. »

M2 : « Histoire de, aussi je pense que c'est une réassurance hein, histoire de se dire "c'est bon, tout va bien". »

M5 : « Ben en fait il sait qu'il a des conduites à risque et du coup euh il a envie d'être rassuré sur l'absence de maladie à un moment donné. »

Ce dernier consultait afin de bénéficier d'une expertise médicale :

M6 : « Donc ils attendent des compétences surtout, je pense. Ouais, compétences médicales, ils ne viennent pas là forcément pour discuter, ils viennent vraiment pour faire un point de santé, c'est-à-dire utiliser entre guillemets, solliciter nos compétences médicales. »

D'autres soulignaient également que la demande du patient pouvait émaner de son désir de bénéficier de conseils, telles que les règles hygiéno-diététiques, afin de préserver son état de toute pathologie :

M4 : « je crois que c'est toujours une retranscription de leur état de santé, c'est-à-dire est-ce que finalement je vais bien est-ce que j'ai quand même des pistes ou des leviers sur lesquels je puisse intervenir pour pas dégrader ma santé. »

M9 : « je pense qu'il attend de s'informer sur sa santé, de sur une certaine éducation à la santé quand même, aux pathologies, ce que à quoi il doit faire attention. »

Pour autant, un médecin nuancait ses propos par une certaine ironie : l'occasion de se rassurer sur leur état de santé aurait permis à certains patients de continuer leurs mauvaises habitudes de vie malgré les recommandations données par leur médecin :

M3 : « Que je leur retrouve rien. Qu'ils puissent continuer à boire, manger et ne rien faire quoi, sans qu'il se passe quoi que ce soit. »

2.3. Les ressentis et les initiatives du médecin

Lorsqu'on demandait l'avis aux professionnels de santé concernant l'intérêt de ces consultations, le bilan était mitigé.

Certains dressaient un tableau positif leur trouvant certains bénéfices : ces dernières prouvant l'intérêt que porte le patient sur son état de santé et permettant au médecin de mettre un point d'honneur sur la prévention, considérée par l'ensemble des interrogés comme un rôle majeur de leur pratique en tant que médecin généraliste :

M3 : « Essayer de redresser les choses, parce que ça me paraît être le boulot de faire de la prévention beaucoup, et puis de traiter après. »

M2 : « Pour le check-up ? Euh ben moi j'aime bien, je trouve que c'est bien parce que j'aime bien la médecine préventive plutôt que de voir quand il y a un problème de santé. Donc euh moi je recommanderais même que oui, que les patients fassent ça. »

M10 : « En général venir sans motif, ben je trouve que c'est pas inutile en fait. C'est le moment de parler de plein de choses je trouve, finalement ce n'est pas des consultations si simples que ça. En fait, ça peut être intéressant. »

M9 : « je trouve ça important de faire de la prévention et c'est vraiment typiquement le genre de consultation où on peut le faire puisqu'on n'a pas à se soucier du motif déjà de la consultation, enfin on peut prendre un petit peu plus de temps pour le faire dans ces consultations là »

Elle permettait également de fournir des explications afin de répondre aux questions du patient sur ses habitudes de vie et ainsi lui permettre de les corriger :

M5 : « voilà de répéter une énième fois lui permet de changer ses habitudes, on évitera sans doute un infarctus ou d'autres problèmes plus tard, quoi. »

M7 : « il y a toujours quelque chose à traiter. Il y a toujours un vaccin en retard, un rappel à faire concernant les dépistages par exemple, un petit rappel sur le sevrage du tabac. »

Elle était aussi considérée comme un moyen de pouvoir remettre certains patients perdus de vue dans le parcours de soin, ainsi que de renforcer le lien de confiance entre patient et médecin :

M6 : « Il va falloir faire un bon examen clinique, être assez pédagogique dans la démarche, puisque des patients qui viennent pas pendant plusieurs années, il faut les raccrocher au wagon »

M11 : « ça permet de parler, d'échanger sur sa santé, de créer du lien »

Pour d'autres, en revanche, ils jugeaient cette dernière comme inutile :

M5 : « Faire un bilan chez quelqu'un d'asymptomatique, que ce soit un bilan cardio, que ce soit un bilan biologique lipidique, que ce soit une palpation abdo, l'intérêt qu'on trouve quelque chose... Je ne sais pas combien peut être le NNT, mais il doit être de beaucoup. (rires) »

Ils constataient que celle-ci ne retrouvait jamais d'éléments pathologiques. Ils déploraient surtout un biais de population, considérant que les patients consultant pour ce motif étaient ceux prêtant déjà de l'attention à leur santé :

M8 : « Moi, je trouve que les gens qui consultent souvent pour faire des bilans de santé sont des gens qui font déjà souvent attention à leur santé. »

M4 : « Alors c'est des biais de recrutement, c'est-à-dire ceux qui viennent forcément sont intéressés par leur santé, et on voit pas ceux qui viennent pas et qui devraient pourtant peut-être venir. »

De plus, des médecins estimaient que l'état de santé d'une personne ne se résumait pas à une seule consultation mais à un suivi et nécessitait une connaissance du patient. Le caractère ponctuel de celle-ci ne permettait donc pas une efficacité dans le dépistage de pathologie :

M4 : "si je me place en tant que médecin traitant, euh dans une prise en charge euh, dans un continuum de prise en charge, je ne vois pas trop l'intérêt »

M1 : « Mais il y a des fois les gens ils viennent, on a l'impression que, une fois qu'ils sortent ils disent que c'est bon, que ça va et que ils sont tranquilles. »

Enfin, un médecin a fait part de son inquiétude sur la possibilité de ne plus pouvoir exécuter ce genre de consultation dans le futur par manque de temps et disponibilité :

M1 : « Euh, je pense que c'est bien, mais je suis inquiète sur le fait que je ne suis pas sûre qu'on aura toujours le temps de le faire. »

3. Les raisons de prescription ou de non-prescription de la NFS

3.1. Des recommandations inexistantes

La quasi-totalité des médecins interrogés reconnaissait ne pas avoir connaissance de recommandations de prescription de la NFS chez le patient sain et asymptomatique :

M8 : « Je suis pas sûr qu'il existe des recommandations. (rires) »

M1 : « Je suis... Je sais pas. Je suis pas sûre qu'il y ait une reco. »

M7 : « Possiblement. Je pense qu'il y a des recommandations sur tout, mais je ne me suis pas penchée sur le sujet. »

Cependant, la plupart prescrivaient un bilan biologique de dépistage comprenant systématiquement la NFS :

M1 : « Sur quasiment tous les bilans t'as une num. »

M10 : « c'est dans mon bilan un peu systématique. c'est un peu dans notre bilan systématique, ça voilà, ça peut rapporter gros. »

Leur but était de rechercher des anomalies biologiques à la recherche d'anémie d'origine inflammatoire, parentielle ou encore d'hémopathie évoluant à bas bruit :

M1 : « Euh les les neutro, les lympho c'est pareil, ça dépend de l'âge. Quand c'est en bilan de routine comme ça, c'est pour être sûre qu'il y ait pas un début de myélodysplasie, quelque chose qui se joue au niveau de la moelle. C'est plutôt ça que je regarde. »

M5 : « les syndromes myélodysplasiques, ils mettent quand même longtemps à parler cliniquement. Donc soit voilà sur des LLC, des débuts d'anémie qui donnent pas de symptôme... Vu que ça donne peu de symptômes, je fais facilement. »

M6 : « En général c'est rechercher une anémie, un syndrome inflammatoire, une hypoglobulinémie... Enfin... On n'a pas toujours de symptômes très nets »

Devant tous ces éléments nous pouvons retrouver plusieurs variables motivant la prescription de la NFS par les médecins généralistes.

3.2. Les facteurs intrinsèques au patient

3.2.1. Profil physiologique du patient

La première raison retrouvée lors des entretiens était une adaptation au profil du patient. Comme dit précédemment, la consultation découlait sur un entretien à la recherche des antécédents familiaux et personnels. L'âge et le sexe étaient également des éléments qui conditionnaient la prescription de la NFS. Les patientes jeunes étant plus enclin aux dysménorrhées et aux carences en fer.

M5 : « Les personnes âgées voilà, c'est plus dans l'hypothèse de saignement occulte digestif voilà. Donc euh, dépister des anémies sur saignement occulte ou des syndromes miélodysplasiques asymptomatiques quoi. »

M6 : « Chez les personnes un peu plus âgées je dirais un peu plus facilement, pour les myélodysplasies, on leur trouve plus de saloperies »

M5 : « Euh bah oui, euh donc femme avec des règles voilà... NFS quand même un peu plus fréquemment que les autres. »

Pour autant, on retrouve certains médecins nuançant leur propos en spécifiant que l'âge est également un facteur pour ne pas prescrire :

M4 : « Chez quelqu'un non symptomatique, encore une fois (...) Ouais ça dépend de son âge, s'il a trente-cinq ans et que tout est normal, je lui dis : "Bah on se voit dans cinq ans". S'il a cinquante ans et que tout est normal, je dis : "Attendez pas cinq ans, on se revoit dans deux ans", et je le ferai dans deux ans. »

M6 : « je ferais la différence en fonction de l'état général et de l'âge aussi. »

M10 : « Alors chez les gens jeunes, c'est pas du tout systématique. »

3.2.2. Une adaptation en fonction de l'interrogatoire

La présence de plaintes était également un élément influençant la prescription de la NFS. Comme l'expliquaient certains professionnels de santé, il n'était pas rare qu'une plainte de fatigue durant l'entretien incitait le médecin à prescrire une NFS dans le cadre d'un bilan d'asthénie :

M6 : « Quand même c'est récurrent aussi hein les personnes qui reviennent : "Quand même, je suis pas bien"... »

M6 : « Bah ça peut être les origines ethniques, ça peut être des sensations de fatigue, dysménorrhée, un examen clinique perturbé... Bilan d'asthénie assez marquée. »

M9 : « je vais toujours quand même aller rechercher de la fatigue et tout le monde est fatigué donc globalement, souvent quand même ils finissent avec un bilan parce qu'ils me disent "Oui" quand je leur demande s'ils sont fatigués. »

A noter qu'un médecin soulignait bien que l'absence de symptôme pour lui n'engendrerait aucune prescription :

M4 : « Euh après, ça va être que sur les éléments d'orientation clinique que on demandera une numération, il n'y a pas toujours à chaque biologie une numération. »

M4 : « S'il y a aucun signe, ben je fais pas la num. »

Le mode de vie était également interrogé. On peut souligner, que si ce dernier n'avait pas une bonne hygiène de vie, il passait la frontière entre le sain et le pathologique :

M4 : « Ouais mode de vie, événement de vie, s'il y a eu des accidents, des maladies dans la famille, personnelle, du sport »

M3 : « et après en fonction de leur tour de taille aussi, euh s'ils ont l'air d'avoir de mauvaises habitudes de vie : tabac, alcool, pas de sport, obèse, tatata... »

Ainsi les patients présentant une sédentarité et un profil métabolique, ou devant tout point d'appel de suspicion d'éthylosme chronique se voyaient également

prescrire un bilan comprenant une NFS afin de confirmer ou non une intoxication à l'alcool par le biais de leur VGM (Volume globulaire moyen) :

M3 : « Le VGM aussi, pour orienter sur les abus divers ou certaines carences. »

M8 : « ou après même si sans anémie une macro, un VGM haut forcément ça va t'orienter chez des patients qui ont des bilans hépatiques perturbés on va dire »

3.2.3. L'attente du patient

On retrouvait également la demande même du patient. Les médecins interrogés constataient que certains présentaient des exigences avec notamment des sollicitations plus ou moins précises de prescription :

M6 : « Oui, la totale : "Euh moi je veux la totale", je dis : "Ah ça fait au moins trois à quatre cent paramètres, va falloir qu'on choisisse" (rires). Non mais, ce qu'ils entendent par « total » en général, c'est le cholestérol, les globules, les reins, la totale, PSA et puis les sucres quoi... »

M2 : « des adolescentes où les parents les trouvent un peu pâles, un peu fatiguées, où ils demandent du coup ben justement un un bilan d'anémie en disant voilà. Donc là y aura la num, mais c'est aussi pour tout ce qui est bilan plutôt du fer. »

La NFS faisant partie de leur bilan systématique, ils cédaient ou non à leurs exigences tout en les rassurant et en essayant d'identifier la cause de cette demande, qu'ils pensaient souvent liée à de l'anxiété par rapport à leur état de santé :

M6 : « Je pars du principe que le patient il a une demande, il y a peut-être une justification derrière. Je demande : "Pourquoi cette demande ? Qu'est ce qui se passe, est-ce que vous avez des inquiétudes ?". »

M1 : « Alors, tout dépend comment c'est demandé, mais en général, quand ils me demandent ça, c'est qu'ils sont inquiets. »

M6 : « ils vont finir par : "On peut rajouter quand même ?", à la fin de consultation. (...) la peur des carences, peur de manquer. Parfois oui, j'écoute hein, ils ont parfois de bonnes idées hein. (rires) »

Certains médecins évoquaient leur manière de refuser par le biais d'une discussion, d'un échange composé d'arguments et d'explications afin d'appuyer leur non-prescription :

M5 : « Moi après, une fois que je leur ai expliqué que ça servait pas à grand chose, ils relâchent un peu. »

M4 : « Oui ça peut arriver que le patient demande, mais encore une fois après c'est un échange, s'il a eu un dosage de cholestérol il y a six mois ou un an et qui était normal par rapport à ces facteurs de risque, par rapport aux recos, et qui le redemande, je dis : "Bah écoutez, c'est pas justifié", là je le fais pas. »

3.3. Facteurs intrinsèques au médecin

3.3.1.Une habitude de prescription

La plupart des médecins décrivaient leur prescription comme étant un automatisme, affirmant que toutes leurs prescriptions de biologie comportent une NFS :

M1 : « Ah non, pas toute seule, ce sera mon bilan complet là. »

M2 : « C'est vrai que la num on la dose en fait souvent, en fait c'est un truc dès qu'on fait une bio à la limite on a une num en fait. »

M11 : « Je pense n'avoir jamais prescrit de bilan sans une NFS »

Certains parlaient d'habitude, au fil des prescriptions, rendant celle ci machinale :

M5 : « C'est totalement des habitudes de prescription. »

M3 : « Une NF, ma foi on la prescrit sans réfléchir hein. ça fait partie du bilan de base »

Ou par le fait que leurs collègues au sein des structures qu'ils occupent en font de même :

M7 : « Après, je pense qu'en questionnant mes confrères, on inclut assez facilement la NFS dans le bilan. »

M1 : « En observant mes confrères en fait, comment ils géraient leurs patients, leurs dossiers. Euh, j'ai vu comment je voulais gérer. »

3.3.2. Un examen « facile »

Plusieurs médecins représentaient la NFS comme un examen rapide et peu coûteux :

M7 : « C'est un examen qui coûte pas cher. »

M11 : « c'est rapide et je pense pas que ce soit très coûteux »

Ils la considéraient comme étant un bon marqueur de dépistage sur des pathologies éventuelles évoluant à bas bruits mais également sur l'hygiène de vie concernant les carences ou l'intoxication :

M3 : « C'est parce que ça prend 10 secondes au labo et que ça peut orienter quand même sur déjà pas mal de choses en fonction des résultats, sur des carences, sur des habitudes de vie, d'abus d'alcool »

3.3.3. Une formation professionnelle et des années

d'expérience

Les médecins interrogés admettaient que leur manière de prescrire la NFS a été influencée par leur formation durant leur externat et leur internat :

M8 : « Oui je pense que ça doit être pendant l'internat, (...) et puis les stages prat. »

M3 : « Je pense que c'est plutôt parce qu'on l'a vu faire. Oui, c'est ça ouais. »

M2 : « Bah oui dans ma pratique en tant qu'interne. »

M7 : « Ça fait partie des bilans standards oui, qu'on apprend pour passer l'internat. »

Mais également par leur expérience accumulée au fil des années et de leur parcours professionnel :

M4 : « Alors c'est, il y a deux choses : c'est mon expérience personnelle, parce que effectivement on se cherche un peu au début et dans la pratique, on s'aperçoit que il y a très peu de recommandations là-dessus, donc on se fait un peu son idée ; et puis c'est la confrontation en médecine interne, et notamment où j'ai été quand même assez souvent en formation de médecine interne, où là ils sont assez interventionnistes quand même là-dessus »

Ou encore d'autres par reproduction des modèles qu'ils ont vu par le biais des remplacements :

M1 : « Euh, je pense pas que j'ai appris ça. Peut être à force, à force de remplacer parce que j'ai remplacé longtemps. (...) je pense que c'est au fur et à mesure de mes remplacements. »

De plus, certains expliquaient qu'au fil de leur expérience professionnelle, il arrivait de découvrir des pathologies de manière fortuite lors de bilans systématiques. Ainsi, ils avouaient que cela pouvait influencer leurs prescriptions en mettant la NFS de manière systématique :

M5 : « on va trouver une maladie qu'on trouve deux fois dans notre carrière, et puis on va devenir systématique parce qu'on a les jetons quoi. »

3.3.4. Le vécu personnel

Un médecin a témoigné que sa prescription pouvait également être influencée par son vécu personnel. Il a expliqué que la découverte d'une pathologie hématologique grave au décours d'un bilan de dépistage dans son entourage a possiblement eu un impact sur sa manière de prescrire :

M7 : « - Comme le... Enfin j'ai un... Je pense que c'est à l'origine d'une histoire personnelle : une amie de ma mère s'est fait diagnostiquer une leucémie à un stade précoce sur un don du sang. Voilà, coup de bol, donc le traitement a été efficace.

- Cela a pu influencer votre manière de prescrire la NFS ?

- Peut être »

3.3.5.Une façon de se rassurer

Plusieurs interrogés ont fait état d'une prescription pour se rassurer :

M8 : « Ben on a peut-être tendance à facilement prescrire la prise de sang pour faire le point, pour se rassurer »

M1 : « Non, je pense que c'est aussi une manière moi de, d'avoir l'impression de suivre et de surveiller. En faisant des biologie, en surveillant comme ça régulièrement. »

Ils expliquaient que la normalité des données biologiques permettait de les conforter dans leur absence de diagnostic et d'assurer un meilleur suivi du patient :

M4 : « c'était peut-être pour me rassurer, mais malgré tout de garder bien en tête tous ces paramètres biologiques, notamment la num qui me permettait de dire : "Bon ben là j'ai pas de signaux d'alerte d'emblée qui m'inquiéteraient", ça conforte mon examen clinique ou l'impression que j'en ai, et cette périodicité euh ouais m'a permis de sécuriser en tout cas le suivi patient. »

Par ailleurs, l'un d'eux expliquait que le bilan prescrit revenant normal lui permettait d'avoir un point de repère dans le suivi du patient si celui ci venait à se dégrader au fil des années :

M7 : « Ça permet d'avoir aussi un examen de référence, si on est amenés à avoir un examen anormal par la suite, on pourra toujours le comparer à celui-ci qui était normal et nous donner une petite idée de l'évolution. »

3.3.6.Faire prendre part le patient à sa prise en charge

Un médecin expliquait prescrire la NFS également afin de faire participer le patient dans sa prise en charge et lui permettre de quantifier sa santé par le biais de chiffres :

M4 : « C'est un acte un peu technique, simple, mais qui permet aussi aux patients de pouvoir quantifier lui des éléments. Et ça, c'est aussi quelque chose d'important parce que ça provoque une discussion (...) en tout cas pour que le patient s'approprie encore une fois les questions de sa santé, hein. »

Ainsi que d'instaurer un rythme au patient afin de l'intégrer dans la prise en charge de sa propre santé :

M4 : « Mais j'ai l'impression, alors on va parler d'impression, que d'appuyer un peu la pratique clinique sur quelques éléments rythmés (...) notamment la num, ça permet aussi de supporter le discours que l'on aura au patient sur sa santé, ça l'intéresse aussi. »

D'autres constataient également l'intérêt de la biologie pour affirmer leurs propos de prévention notamment dans le cadre de l'exogénose chronique :

M9 : « ça permet d'appuyer un peu ce que tu, ce que, les conseils qu'on va leur donner euh ça permet de ouais de dire : "Voilà, enfin là, là vous commencez à sortir des normes au niveau de la biologie donc euh, donc ben ce serait bien de faire quelque chose quoi, il faudrait, ce serait pas mal d'appliquer les conseils si vous ne voulez pas que ce soit complètement hors des normes" »

M6 : « les macrocytoses quand même. (...) "Vous êtes vraiment sûr de votre consommation ?". Ouais c'est un examen facile avec les GGT, parce que ça, c'est un examen qui est demandé souvent pour les gens : "Ah je bois, mais les gammes sont normales, je peux y aller quoi ?" (rires). »

3.3.7.La crainte de poursuites judiciaires

Un médecin a fait également par de son inquiétude vis à vis de possibles poursuites à son encontre. Il considérait qu'en tant que médecin généraliste, il avait une obligation de moyens dans le cadre de dépistage de pathologie :

M1 : « concernant la NFS et les biologies, il y a également le poids médico-légal, on a l'obligation de moyens, pas forcément de résultats mais de moyens »

Il exprimait notamment la crainte de ne pas diagnostiquer une pathologie possiblement mortelle et que le patient soit enclin à engager des poursuites :

M1 : « donc le patient s'il vient nous trouver parce qu'il a fait un cancer et que euh... maintenant il est en phase terminale chimio machin, et qu'il nous reproche de... euh... d'avoir refusé un bilan quand tout allait bien et qu'on aurait pu dépister des choses... euh c'est compliqué de se défendre. Je ne sais pas jusqu'à quel point on peut être condamner mais cette obligation de moyens euh... fait que ça, je pense que ça influence notre habitude de faire des prises de sang et des num. »

4. Critique et intérêt de la NFS en dépistage chez le sujet sain selon les médecins

4.1. Absence d'intérêt

Plusieurs médecins ont fait état d'une surprescription de bilans biologiques et de NFS dans le cadre du dépistage chez le sujet sain et asymptomatique :

M1 : « Et on est mauvais hein, parce qu'on la prescrit beaucoup on sait pas pourquoi en fait. »

Ils ne trouvaient surtout aucun intérêt de prescrire le bilan en systématique devant les rares découvertes de données pathologiques :

M8 : « Que sans explication et sans interprétation, ça n'a pas trop de sens en dehors d'un contexte clinique. »

M4 : « Le tout venant que je connais pas, qui vient, c'est aller à la pêche, pour moi ça a pas d'intérêt. (...) Je suis absolument convaincu que c'est d'aller à la pêche et ça a aucun intérêt hein. »

M5 : « Voilà, c'est surtout ça qui fait. Et euh donc en gros un peu sur les histoires de chasse »

Certains qualifiaient également le bilan comme étant moins efficace qu'un suivi régulier avec son médecin traitant. La clinique étant plus parlante que le biologique :

M4 : « Et la médecine c'est pas à coup de prises de sang qu'on fait non plus »

M9 : « par contre je ne traite pas des chiffres, hein »

M11 : « La clinique avant les chiffres ! »

4.2. Ambivalence du médecin

Pourtant, malgré la constatation du manque d'intérêt et la critique de la prescription fréquente sans point d'appel, ces mêmes médecins cités au chapitre précédent (M8, M4 et M5) expliquaient chacun durant leur entretien respectif demander une NFS de manière systématique chez le patient sain à des fréquences variables qui leur est propre, soulignant ainsi l'ambivalence qui existe entre la théorie et la pratique :

M8 : « Chez donc toujours la personne qui te consulte comme ça, bon après ouais ça c'est à partir de cinquante ans. Euh si il consulte uniquement pour ça, qu'il n'a pas de, qu'il a bien sûr pas de traitement associé et tout ça, tous les deux/trois ans. »

M4 : « encore une fois chez un patient asymptomatique qui a déjà une biologie, qui est dans un délai raisonnable, on va dire de cinq ans et qu'il s'est rien passé entre temps »

M5 : « S'il vient me voir souvent, souvent en demande, je vais peut-être quand même le faire à deux/trois ans ; euh s'il est pas en demande oui, je peux laisser cinq ou dix ans aussi chez quelqu'un qui a aucune plainte, qui va bien. »

4.3. Représentation des recommandations

L'un des médecins interrogés s'était étendu sur sa représentation des recommandations. Il expliquait éprouver une certaine méfiance envers ces dernières notamment par leur caractère fluctuant :

M4 : « Pour autant, quand on voit la fluctuation des recos, même avec des retours en arrière »

Il décrivait également un biais de recrutement dans les études permettant d'établir les recommandations, sous-entendant qu'elles ne concernaient quasi-exclusivement qu'une population hospitalière, rendant les choses difficilement transposables dans sa pratique de médecin généraliste :

M4 : « parce que toutes les études dont on dispose, c'est des études hospitalières quasiment. Or ça, c'est du biais de recrutement avec le carré de White, que tu connais hein ? Bon, donc tu auras pas les mêmes populations, quand tu vas prendre en charge une population tout venant comme tu l'évoques aujourd'hui, d'une population hospitalière. »

Pour lui, l'une des solutions était de développer la recherche en médecine générale afin de corriger ce biais :

M4 : « Et c'est pour ça que je crois qu'il faut travailler là-dessus. La recherche en médecine générale, elle est fondamentale. On peut très bien imaginer faire une recherche sur quarante ans de suivi de la num dans des patientèles, et voir si on modifie les commorbidités, le dépistage etc. Ça c'est tout simple, ça serait tout à fait passionnant et on l'a pas en médecine générale. »

DISCUSSION

1. Forces et limites

1.1. Forces

Avant d'initier l'étude, la recherche bibliographique n'a pas retrouvé de sujet où les médecins généralistes étaient interrogés sur les raisons les motivant à prescrire une NFS sans point d'appel. Elle fait suite à différentes études d'ordre quantitatif, se focalisant sur des données statistiques mais sans donner d'élément de réponse sur la motivation de prescription (17) (18).

Il s'agit d'une étude qualitative, le traitement des données s'est fait selon une approche par théorisation ancrée. Les données recueillies au fil des entretiens et leur analyse ont été en constante comparaison avec les précédentes, permettant de construire et faire évoluer le modèle théorique tout au long du processus.

L'étude a par ailleurs respecté 26 des 32 critères de qualité de la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (**Annexe II**). La validité interne de l'étude a été renforcée par le biais d'un double codage.

La population de médecins interrogés présentait une hétérogénéité des critères par leur âge, leur genre, leur expérience et leur parcours professionnel permettant une variation maximale.

Les entretiens étaient individuels, en présentiel et anonymisés, permettant aux médecins interrogés d'exprimer leur avis personnel sur leur manière de prescrire la NFS.

Plusieurs notions inattendues dans les hypothèses initiales ont émergé au fil des entretiens, telles que la crainte de poursuites judiciaires ou l'ambivalence des médecins interrogés.

La saturation des données a été atteinte à partir du huitième entretien, confirmée par 3 entrevues supplémentaires n'ayant pas apporté de nouveaux éléments.

1.2. Limites

L'étude comportait cependant plusieurs limites.

Tout d'abord, on note un biais de recrutement : les médecins interrogés n'exerçaient que dans des zones considérées comme sous-dense en terme de démographie médicale, ce qui a pu biaiser les résultats et refléter une pratique différente.

Les témoignages étaient basés sur le volontariat pouvant entraîner un biais de sélection. On peut supposer que les caractéristiques des personnes volontaires varient de celles refusant de prendre part à l'étude.

De plus, certains médecins recrutés étaient connus par l'enquêteur avant le début de cette thèse dans le cadre de son activité de médecin généraliste remplaçant.

La présence d'un biais de désirabilité est non négligeable, le sujet portant sur la pratique du médecin, certains ont pu omettre des faits afin de donner une meilleure image d'eux-même.

On peut évoquer également un biais d'investigation, l'étude étant qualitative, il est possible que le chercheur ait pu traiter les informations avec subjectivité. Pour autant, une analyse en double codage a été menée et ne retrouvait pas de discordance.

Enfin, s'agissant du premier travail de recherche qualitative de l'investigateur, la maîtrise et la qualité des entretiens ont pu être impactées.

2. Comparaison avec les données de la littérature

2.1. Le rôle du médecin dans la prévention

Comme illustré dans la première partie de ce travail, les médecins s'affairent à mettre un point d'honneur à la prévention au cours de leurs consultations. Il

cherche les évènements pathologiques, la recherche de plaintes, les antécédents, la participation du patient aux dépistages organisés et à la vaccination, cela fait écho avec les diverses définition que sont le généraliste, la prévention et le dépistage.

Selon la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), la médecine générale est considérée comme une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (19). Le médecin généraliste a pour rôle d'accompagner son patient dans les soins. Il se doit d'améliorer la santé de ses patients et d'en prévenir leurs maladies tout en respectant leurs décisions et leurs volontés, les prenant dans leur globalité en assurant leur suivi et la continuité des soins (20). Il doit donc faire participer le patient dans sa prise en charge en combinant prévention et dialogue (21).

A cela, s'ajoute la dimension psycho-sociale. On peut constater lors de ce travail que nombre des interrogés s'intéressent à la vie du patient, à sa sphère personnelle et professionnelle. Conforme à la représentation de son métier, il est le professionnel de santé qui possède la vision la plus complète du patient, que ce soit son hygiène de vie, ses habitudes, ses antécédents familiaux ou bien même encore ses croyances et représentations (22). Il permet à ce dernier, par ses conseils adaptés, de renforcer la prévention par le biais d'explications des facteurs de risques intrinsèques (23) propres à chaque patient (24).

Concernant la prévention, selon l'OMS, elle est définie par « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (24).

Dans l'enquête barométrique de juillet 2021 (15), la majorité des médecins estime que le rôle de prévention leur revient et qu'ils en sont les principaux tributaires. Pour autant, ils sont également conscients que leur rôle s'intègre dans un système plus global (15).

L'outil de prévention principal reste le dépistage. D'après l'OMS (25), il « consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue ». Pour être efficace, il doit répondre à plusieurs critères selon l'HAS : il se doit d'être sensible, générant peu de faux négatifs ; spécifique générant peu de faux positifs (résultat positif à tort) ; sans danger ; simple à réaliser et reproductible dans la population concernée par le dépistage. Il est nécessaire de dépister des pathologies curables et ainsi diminuer la mortalité au sein de la population afin d'en garder tout son intérêt de prévention (26). Si l'on se réfère à celle-ci, on peut émettre quelques doutes quant à la validité et la pertinence de la prescription de la NFS pratiquée par les médecins de ce travail et les motivations qui les animent.

Enfin il doit être conçu pour s'appliquer aux individus asymptomatiques (27).

Le médecin généraliste a donc un rôle clé dans le dépistage, il permet d'expliquer les tenants et aboutissants de ce dernier, et il en est également responsable en cas de positivité si son patient y participe (27). Par son rôle de médecin traitant, il permet également de vérifier la bonne participation de ses patients aux campagnes de dépistage mais également de toucher toutes les populations, même celles peu propices aux comportements de prévention car ces dernières, insensibles face aux campagne de dépistage, consultent plus occasionnellement un généraliste (28).

2.2. Un impact économique énorme

On note dans cette thèse la représentation qu'ont certains médecins pour la NFS comme étant un examen facile et peu couteux. Pourtant, l'hémogramme, côté « B20 » en biologie médicale, coûte 5 euros et 20 centimes ; à cela se rajoute 6 euros si le prélèvement est effectué par une IDE (Infirmière Diplômée d'État), et cette cotation peut être majorée en cas de suivi de patient avec hémopathie

maligne connue (29). Cela rend l'hémogramme plus cher qu'un bilan lipidique ou une glycémie à jeun, respectivement à 4,16 euros (30) et 1,30 euros (31).

On peut donc considérer que la représentation que le médecin se fait de la NFS est pour le moins erronée.

En 2019, 57 717 449 NFS ont été effectuées, rendant cet examen le plus prescrit. En 2016, cela représentait 444,3 millions d'euros remboursés par la sécurité sociale, soit 9,3% des dépenses totales des actes de biologie sanguine.

Le médecin généraliste est le premier prescripteur de NFS faites en ville avec une portion de 68,5% de ces dernières.

Dans l'étude quantitative du Dr BERSANI M. (17), près de 48% des prescriptions de NFS n'obéissent pas aux recommandations ; statistiquement les résultats pathologiques sont bien plus faibles (de l'ordre de 10%) que celles qui sont justifiées.

La première indication de prescription est le simple bilan de routine.

Des travaux plus anciens (18) retrouvaient les mêmes données : sur une population de 2378 médecins, 65% de leurs prescriptions de NFS étaient un bilan de santé.

2.3. La représentation des recommandations par le médecin généraliste

On retrouve durant l'étude une ambivalence dans le témoignage des praticiens interrogés : la quasi-totalité des médecins dit prescrire la NFS tout en ayant conscience qu'il n'y a aucune recommandation à ce sujet. On peut également mentionner qu'un médecin disait tirer sa prescription de ses acquis durant ses études alors qu'il n'en est rien :

M7 : « Ça fait partie des bilans standards oui, qu'on apprend pour passer l'internat. »

On ne retrouve dans aucun item de préparation à l'ECN la mention d'une prescription de NFS chez un sujet sain et asymptomatique en prévention primaire (32).

Dans la littérature, il est retrouvé une absence d'impact sur la morbi-mortalité des patients bénéficiant d'une consultation de dépistage (33) ou d'un bilan biologique de routine (34). On peut donc légitimement s'interroger sur la représentation des recommandations chez les médecins généralistes.

On retrouve notamment dans le travail du Dr LAURE P. et du Dr TREPOS J-Y. plusieurs éléments de réponses faisant écho à ce travail de thèse (35).

La première étant que les recommandations sont difficiles à s'approprier car trop nombreuses, certaines ayant une image obsolète, d'autres contradictoires en fonction du centre de référence qui les recommande ; faisant écho au témoignage d'un des médecins au cours de cette étude :

M4 : « Pour autant, quand on voit la fluctuation des recos, même avec des retours en arrière »

Certains éprouvent également une certaine méfiance et réclament plus de transparence envers les centres d'expertises qui les diffusent.

Enfin, encore en concordance avec le témoignage de l'un des médecins interrogés, ils préfèrent utiliser les recommandations comme outils qu'ils sont libres d'employer ou non, regrettant que ces dernières ne s'attardent que sur l'aspect physiologique d'une seule maladie et soient inadaptées aux situations auxquelles le médecin généraliste doit faire face :

M4 : « tu auras pas les mêmes populations, quand tu vas prendre en charge une population tout venant comme tu l'évoques aujourd'hui, d'une population hospitalière. »

En effet, la majorité de la population interrogée met avant tout la relation patient-médecin au centre du suivi : les recommandations ne sont pas soumises aux aléas extérieurs et sont surtout dénuées d'émotion. Elles sont considérées

comme segmentaires s'attardant sur une seule maladie à la fois, alors que le médecin généraliste, lui, a une approche plus globale (36) : il prend en compte le patient dans son ensemble avec son âge, son sexe, ses antécédents médicaux, ses origines sociales, ses attentes, etc. (37).

L'un des médecins de l'étude suggérait de développer la recherche en médecine générale afin de déterminer des recommandations adaptées à sa pratique :

M4 : « Et c'est pour ça que je crois qu'il faut travailler là-dessus. La recherche en médecine générale, elle est fondamentale. »

Tout comme évoqué dans le travail du Dr JEANSON CHENU J. qui concluait son travail en constatant que la recherche en médecine générale serait une solution afin « d'assurer des prises en charge basées sur des données scientifiques en limitant les pratiques empiriques reposant sur une utilisation incertaine de l'expérience personnelle du médecin généraliste » (38).

2.4. La frontière entre le sain et le pathologique

On peut également s'interroger sur la représentation de la maladie par le médecin mais également sur les frontières entre le pathologique et ce qui ne l'est pas.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité » (39). Pour différencier ces 3 états, la sociologie utilise les termes « disease» pour les altérations biologiques et la maladie diagnostiquée ; « disorder » pour le trouble, le symptôme ; « illness » pour le vécu subjectif du malade ; et « sickness» désignant le processus de socialisation des épisodes pathologiques (40) (**Annexe III**).

Sous cet angle, le médecin, et plus particulièrement le généraliste amené à être le premier à s'occuper du patient dans le parcours de soins, a pour rôle de déterminer le pathologique du sain vis à vis de son patient.

Cependant, dans ce travail de thèse, on remarque que la majorité des médecins s'intéressent en premier lieu au « disease », ils recherchent avant tout les symptômes et les plaintes.

Dans son travail, le Dr MEIDANI A. (41) a exploré la notion de pathologique par le biais d'une revue de littérature des différents articles de la revue Prescrire qu'elle a comparé à une étude qualitative en focus groupe auprès de médecins généralistes : il en ressort que la médecine actuelle se focalise principalement sur le côté physiologique et biologique de la pathologie. Elle y décrit une médecine contemporaine basée principalement sur l'EBM (Evidence Based Medicine). L'avancée de la médecine au cours des dernières décennies a permis un progrès en matière d'examens d'imagerie et de biologie, rendant le dépistage de plus en plus facile mais également de plus en plus large, permettant au fil du temps de retrouver des anomalies et de nouvelles entités pathologiques chez un patient dénué de symptôme.

Son travail fait état d'une médecine basée par des statistiques et des normes biologiques, définissant le « hors norme » comme pathologique (41). Ce travail de thèse coïncide avec cette conclusion. La surprescription de la NFS malgré l'absence d'élément pathologique retrouvé chez le patient confirme la vision résolument biologique et statistique de la pathologie correspondant à la définition du « disease »

Pour autant, l'anomalie biologique n'est pas une fin en soi, le principe de pathologique est également un ressenti : « l'anomalie n'est pathologique que si elle est éprouvée comme telle » (42).

Le ressenti du patient (illness) doit être au premier plan : si celui ci se sent en bonne santé et ne présente pas de plainte particulière, il n'y a que peu d'intérêt à lui prescrire un bilan (41).

Dans ce travail de thèse, deux médecins font état d'une libre expression du patient sur ses symptômes :

M4 : « je laisse toujours parler les gens. J'ai toujours fait des consultations pour ça assez longue, de manière à laisser (...) le patient exprimer un peu le motif de sa consultation avec ses mots. (...) faire un peu le point de tout, simplement parler d'eux. »

M6 : « Globalement je laisse un peu parler quoi »

On pourrait même aller plus loin en constatant que l'un des médecins prescrit de manière systématique à tout patient exprimant de la fatigue :

M9 : « je vais toujours quand même aller rechercher de la fatigue et tout le monde est fatigué donc globalement, souvent quand même ils finissent avec un bilan parce qu'ils me disent "Oui" quand je leur demande s'ils sont fatigués. »

rationalisant un symptôme pour le moins subjectif sans en déterminer la cause par l'interrogatoire et voulant l'objectiver par la biais d'un prélèvement biologique.

Enfin, concernant l'aspect « sickness », on ne retrouve pas de témoignage de médecin s'y attardant. Pourtant il serait effectivement pertinent de s'intéresser à cet aspect. Interroger le patient sur ses représentations de la maladie pourrait orienter le médecin dans ses prescriptions.

Un patient ne souhaitant pas se soigner, ou ne voulant pas être diagnostiquée n'est pas éligible à un dépistage.

On peut d'ailleurs discuter du courant de « santéisation » de la société (43). Le « santéisme » fait référence aux pratiques du gouvernement qui, grâce aux avancées de la médecine qui ont permis d'identifier des facteurs de risque, essaie de transmettre les messages de prévention et normes à acquérir aux citoyens. Faites dans un but légitime d'améliorer la santé et l'espérance de vie de la population, cette dernière peut engendrer là encore des nouvelles formes de stigmatisation sociale notamment chez le fumeur ne voulant pas s'arrêter de

fumer et la personne en surpoids ne pratiquant pas d'activité physique, pouvant entraîner une sensation d'échec ou de culpabilité renvoyant directement à la notion de sickness (44).

Au cours de cette étude, on peut s'interroger si certains médecins n'en font pas preuve en orientant leur décision de prescription face à des patients s'éloignant des normes dictées par le santéisme :

M3 : « et après en fonction de leur tour de taille aussi, euh s'ils ont l'air d'avoir de mauvaises habitudes de vie »

La maladie implique à la fois la prise en compte de la plainte (disease), du ressenti subjectif du patient (illness), et de la représentation sociale du pathologique qu'il s'en fait (sickness). Les résultats de cette étude retrouvent une concordance avec celle du Dr MEIDANI A. (41), notamment concernant la critique des protocolisations et la standardisation des pratiques médicales actuelles aux dépens de l'individualisation des soins adaptés au patient, rejoignant les propos sur l'intérêt, la représentation et l'utilisation des recommandations développés précédemment dans ce travail.

M4 : « tu auras pas les mêmes populations, quand tu vas prendre en charge une population tout venant comme tu l'évoques aujourd'hui, d'une population hospitalière. »

2.5. La surprescription et la prévention quaternaire

On constate donc dans ce travail que les témoins surprescrivent la NFS dans un but de dépistage individuel. Pour autant, on retrouve dans la littérature que cela est inutile dans le sens préventif du terme, et l'on peut même s'interroger des répercussions et des risques que peut engendrer de telles prescriptions.

L'OMS définit la pertinence du soin comme « un soin qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (45), prenant en compte une vision globale du patient.

Pour autant, dans la pratique des médecins de l'étude, la surprescription par bilan biologique peut provoquer un surdiagnostic, c'est à dire, la découverte d'une pathologie, qui, si n'avait pas été découverte, n'aurait causé aucun symptôme ni décès.

Cette caractéristique peut être mesurée lorsque l'incidence de la population ayant bénéficié du dépistage avec la découverte d'une maladie grandit alors que sa mortalité reste inchangée.

Pour exemple, la revue de littérature réalisée par le Dr WELCH HG. montrait qu'une surprescription d'examens entraînait un surdiagnostic allant jusqu'à 24% pour le cancer du sein et 60% pour le cancer de prostate (46). La littérature se focalise principalement sur les surdiagnostics de cancer, pour autant, cela peut également englober d'autres pathologies.

La médecine a évolué : la définition élargie des pathologies, l'avancée technologique des examens rendant les test de dépistage plus sensibles, les demandes du patient et les peurs du médecin de passer à côté d'un diagnostic, sont autant de raisons aux risques de surprescription et donc de surdiagnostic (47).

Cette démarche de réassurance du médecin lui-même :

M8 : « Ben on a peut-être tendance à facilement prescrire la prise de sang pour faire le point, pour se rassurer »

ou envers le patient peut être délétère ; en effet, il est plus facile de recommander un test inutile pour se rassurer que de l'abroger (48).

Les conséquences peuvent être importantes pour le patient.

Sur le plan physiologique, les différents examens d'exploration et les traitements curatifs peuvent être invasifs ou engendrer des effets secondaires. Socialement, cela peut amener à de la stigmatisation (cf sickness) et avoir un impact financier sur le « malade ». Enfin, l'anxiété qu'elle peut engendrer est telle, qu'elle peut mener au suicide (49) (50).

Comme dit précédemment, la surprescription entraîne un surdiagnostic. Cependant, dans la croyance du patient, va se mettre en place un biais appelé « le paradoxe du dépistage » (27) (**Annexe IV**).

La faible portion de patient, pour laquelle on a diagnostiqué une pathologie au cours de ces examens inutiles, éprouvera un soulagement et fera la promotion de ce dit dépistage à ses proches. Il en va de même pour le médecin, qui satisfait d'avoir diagnostiqué une maladie à un stade très précoce pourra généraliser sa prescription engendrant ainsi un cercle vicieux.

Il est donc indispensable au médecin traitant d'avoir cette notion lors de sa prise de décision dans la prescription d'examens dans le dépistage d'une maladie. Il est du devoir du généraliste d'informer les tenants et aboutissants et les possibles effets indésirables et délétères de la prescription d'examens complémentaires (51).

En ce sens, il a été défini un nouveau concept préventif : la prévention quaternaire (52) (**Annexe V**).

Selon la définition de la WONCA, elle est caractérisée comme étant une « action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation et pour le/la protéger d'interventions médicales invasives ou abusives tout en lui proposant des procédures de soins éthiquement acceptables » (53).

Elle cherche à dépister les patients surmédiqués, et/ou faisant face à des explorations déraisonnées à la recherche d'éléments pathologiques pour lesquels

ils ne présentent aucun symptôme. Elle s'efforce avant tout de se rapprocher du patient, de son ressenti et de ses dires, plutôt qu'à une prescription systématique dans le cadre d'un dépistage massif, ou d'automatisme de prescription par le médecin (54).

2.6. Une prescription parfois basée sur la médecine défensive

On peut également mettre en lumière les propos de l'un des médecins qui, lors de l'entrevue, éprouvait une nécessité de moyens et une crainte de poursuites judiciaires. Ce témoignage peut être mis en parallèle avec le concept de médecine défensive.

Peu présent dans la littérature française, elle est surtout expliquée par le biais d'études américaines. Elle est considérée comme une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire plutôt qu'à dispenser des soins appropriés aux patients (55). Une étude danoise la considère également comme la réponse des médecins face au système sociétal, à la pression des patients, mais également de leurs confrères (56).

Elle fait écho à la représentation des médecins d'une judiciarisation du monde médicale avec une plus forte prévalence de plaintes de la part des patients ou d'associations de malades à leur encontre (57).

L'étude américaine de BISHOP TF, FEDERMAN AD, et KEYHANI S. montrait que 91,2% des médecins généralistes américains admettaient le fait de prescrire plus d'examens que nécessaire dans l'unique but de se prémunir d'une poursuite (58).

Le travail du Dr LORPHELIN-MARTEL H., montrait que la moitié des internes de médecine générale en Haute Normandie intégrait déjà de manière inconsciente la

médecine défensive dans leur pratique avec un ressenti de pression judiciaire bien plus importante qu'elle ne l'est réellement (59).

Dans l'étude quantitative du Dr MORICHON C. on retrouvait des conséquences délétères telle que la surprescription d'examens complémentaires, renvoyant directement à ce sujet de thèse, mais également à l'évitement de patients à risque (60) (55). On note cependant quelques effets bénéfiques avec des suivis plus rapprochés et une plus grande attention à la tenue et au remplissage des dossiers médicaux.

En faisant de nouveau référence au travail de BARBOT J. et FILLION E. (55), on peut s'interroger si, à partir du moment que l'on pratique ce type de médecine : la relation de confiance entre le médecin et le patient n'est-elle pas à considérer comme rompue ?

2.7. Savoir dire « Non »

On constate dans l'étude que certains médecins cèdent aux demandes de leur patient même si cela est injustifié selon les recommandations de bonne pratique. Les raisons retrouvées dans ce travail rejoignent celles de la thèse des Dr GERBAUD E. et du Dr JULIEN A.C. auprès de médecins du Maine-et-Loire (61), dans laquelle ressortait que la majorité des médecins généralistes estimait qu'il n'y avait que peu de demandes injustifiées.

En interrogeant le patient sur ses demandes, on retrouvait derrière une raison parfois propre au patient qu'elle soit psychosociale ou environnementale, même si elle n'obéissait pas aux règles de bonne pratique :

M6 : « Je pars du principe que le patient il a une demande, il y a peut-être une justification derrière. Je demande : "Pourquoi cette demande ? Qu'est ce qui se passe, est-ce que vous avez des inquiétudes ?". »

Pour autant, ils leur arrivaient de succomber aux exigences de ce dernier. Les raisons retrouvées était la formulation de la demande, leur contexte personnel

tels que le manque de temps durant la consultation ou l'accès aux soins primaires difficile comme le suggérait l'un des médecins interrogés :

M1: « Euh, je pense que c'est bien, mais je suis inquiète sur le fait que je ne suis pas sûre qu'on aura toujours le temps de le faire. »

Ou encore leur sympathie envers leur patient ou leur conception de leur métier de médecin de famille. Ils expliquaient s'attarder également sur la peur et le vécu du symptôme par le patient pour déterminer la prescription.

Dans le travail du Dr JULIARD M. (62) mené auprès d'internes de médecine générale, on retrouvait également un manque de confiance et la crainte de rater un diagnostic si l'on ne pratiquait pas l'examen demandé par le patient.

Selon cette population, la facilité d'accès à des informations médicales plus ou moins fiables via internet était la principale source de ce type de demande (63).

De plus, il ressort également dans ce travail que le patient n'a pas conscience de la valeur financière des actes qu'il demande dans un système où ce dernier n'a pas à avancer l'argent pour bénéficier des soins demandés (64).

Quand on s'intéresse au point de vue des patients, ces derniers expriment une réticence aux examens médicaux et aux prescriptions médicamenteuses, ressentant un sentiment contradictoire lorsque l'on sait que la France est l'un des pays plus gros consommateur de médicaments notamment d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Il ressort de l'étude menée par le Dr MAYAUD P. (65) que les patients n'ont pas conscience de l'excès de prescription.

Ainsi les différentes études sus-citées ainsi que celle du Dr PUEYO S. et du Pr MAUVIARD E. (66), l'article du Dr GALAM E. et du Dr DUMAS F.R (67), ou encore le travail du Dr ZULIANI CYR J. (63) décrivent plusieurs moyens de savoir dire non.

Dans les différentes solutions principalement, on retrouve en premier lieu, l'explication. Il est montré que l'explication et la justification de la non-prescription confortent et rassurent le patient lui permettant d'accepter le refus, de plus cela valorisera les prochaines décisions de prescription. L'explication permet également d'amener une discussion et de déterminer la réelle motivation de la demande du patient afin de cibler son problème qui est souvent de l'ordre de la représentation et de l'anxiété.

La seconde est la négociation. Se construisant dans une relation contractuelle entre le médecin et le patient (68), la décision de non-prescription est déterminée par un accord trouvé entre eux permettant une prise de décision médicale partagée assurant un soin de qualité et un gage de confiance entre les deux partis (63).

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en lumière les différents éléments influençant le médecin à prescrire une NFS chez un patient asymptomatique.

On remarque qu'ils sont multifactoriels, influencés par le patient selon son profil, ses dires mais aussi ses demandes et ses attentes.

Cependant, on retrouve également une richesse d'éléments propres au médecin, guidé parfois par son vécu professionnel, personnel, ses représentations qu'il a de la prévention, des recommandations du pathologique et de l'examen biologique qu'est la NFS, mais aussi de ses sentiments telles que la crainte de passer à côté d'un diagnostic et les conséquences juridiques que cela peut engendrer.

Cependant, on notera que tout cela a des conséquences.

La surprescription dont font état les médecins durant cette étude engendre un coût économique considérable sur les dépenses en santé. Mais surtout, la surprévention que l'on remarque dans cette étude peut être à l'origine de répercussions délétères pour le patient avec la découverte de diagnostics pathologiques chez un sujet asymptomatique engendant surmédication, anxiété et un impact socio-économique non négligeable.

Pour corriger cela, le médecin dispose de plusieurs moyens à sa disposition : des recommandations de bonne pratique qu'il peut utiliser comme outil, mais également un lien privilégié avec le patient avec lequel il doit développer la communication afin de lui expliquer l'intérêt mais aussi les conséquences de ses prescriptions, et parfois oser dire non face à ses attentes pour le bien de ce dernier.

Devant l'ambivalence des médecins retrouvée dans cette étude entre leurs connaissances, leur jugement et leur pratique, on pourrait s'interroger sur la limite qu'ils établissent entre prévention et surprévention dans leurs prescriptions biologiques chez un patient sain et asymptomatique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Définition du médecin généraliste - définition tiré du ministère de la santé et de la prévention.
Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
- (2) Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. *La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient.* Médecine. 2010;6(5):221-7.
- (3) INSEE. *Principaux motifs de recours et de diagnostics selon l'âge en 2014* [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=352
- (4) IMSHealth. *Les 10 raisons principales pour les visites aux médecins au Canada*, 2014 [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.imshealth.com/files/imshealth/Global/North%20America/Canada/Home%20Page%20Content/Pharma%20Trends/Top10Reasons_FR_14.pdf
- (5) Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronho J Larsen C, Gotzsche PC. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2
- (6) Ee Fang Yong Sarah, Mes Lian Wong, Teck Chuan Voo, *Screening is not always healthy: an ethical analysis of health screening packages in Singapore* BMC Med Ethics 2022 Jun 7;23(1):57.
- (7) Saquib Nazmus, Saquib Juliann Ionnidis John P A, *Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials* Int J Epidemiol 2015 Feb 44(1):264-77.
- (8) Cornuz Jacques, Auer Reto, Neuner-Jehle Stefan, Humair Jean-Pierre, Jacot-Sadowski Isabelle, Cardinaux Regula, Battegay Eduardo, ZELLER Andreas, Zoller Marco, Biederman Andreas, Rodondi Nicolas. *Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical,* Revue médicale Suisse Médecine Interne générale, numéro 491, 21 octobre 2015
- (9) Visseren FLJ et al ; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. <https://doi.org/10.1093/euroheartj/ehab484>
- (10) FORLAI Amandine. *Biologie: pertinence de la prescription en médecine générale; résultats d'un audit prospectif à deux tours en Lorraine*, Université de médecine de Lorraine, 2013
- (11) Hunkizer S, Schlapfer Martin, Langewitz Wolf, Kaufmann Gilbert, NUESCH Reto, Battery Edouard, U Zimmerli Lukas. *Open and hidden agendas of « asymptomatic » patients who request check-up exams*, BMC Fam Pract, Avril 2011, 19;12:22.

- (12) MI AH Han, YUTING Wang, GUYATT Gordon, *General health checks are not beneficial for general adult population*, Polish Archive of Internal Medicine 2019, Vol. 129, N° 11
- (13) Rapport de la Cour des comptes de biologie médicale en 2013. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/I22-099-27.html>
- (14) HEROUARD Guillaume. *Bilan de routine en médecine générale: quelles recommandation ? Enquête de pratique*. Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de Médecine de Nice, 25/10/2019
- (15) Lenglart F, (2021) Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention, étude réalisé pour le compte de la DREES
- (16) Neven, L., & Senn, N. (2015). La pratique de la médecine générale en France : de nouvelles réalités. Étude réalisée par l'IRDES pour le compte de la DREES.
- (17) Marion Bersani. État des lieux des pratiques de prescription de la NFS par les médecins généralistes : étude prospective en situation réelle auprès des médecins généralistes Maîtres de Stage des Universités de Bordeaux. [Thèse d'exercice] Médecine humaine et pathologie. 2021. ffdumas-03257378f.
- (18) Rüttimann S, Cléménçon D, Dubach UC. Usefulness of complete blood counts as a case-finding tool in medical outpatients. Ann Intern Med. 1992 Jan 1;116(1):44-50. doi: 10.7326/0003-4819-116-1-44. PMID: 1727094.
- (19) La définition européenne de la Médecine Générale- Médecine de Famille. WONCA Europe. 2002. Disponible sur : [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
- (20) Présentation du D.E.S [Internet]. Copyright (c) 2010 - Collège National des Généralistes Enseignants. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
- (21) Les compétences du médecin généraliste [Thèse d'exercice] Département Médecine générale - Université de Rouen.
- (22) Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours. Articles L4130-1 à L4130-2 du code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.onisep.fr/ressources/Univers-Metier/Metiers/medecin-generaliste>
- (23) Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Augier I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bulletin du Cancer. 1 juill 2019 ; 106(7-8) : 707-13.
- (24) Patat A. Comment les médecins généralistes incluent-ils la prévention primaire au sein de leurs consultations? [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers ; 2022. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/17012107/2022MCEM16071/fichier/16071F.pdf>

- (25) Haute Autorité de Santé. Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
- (26) Dépistage : objectif et conditions. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
- (27) Guessous, I., Gaspoz, J., Paccaud, F., Cornuz, J., Dépistage : principes et méthodes, Rev Med Suisse, 2010/256 (Vol.-4), p. 1390–1394.
- (28) Abgrall E, Ditte E, Jajkiewicz N, Rivet G, Tausan S, Descamps C, Franco L, Parneix N, Suc P, Le Médecin traitant et les dépistages valides EHESP module interprofessionnel de santé publique, 2008, disponible sur https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/mip/groupe_21.pdf
- (29) TNB : Fiche [Internet]. Disponible sur : http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_code_nabm=1104&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
- (30) TNB : Fiche [Internet]. http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_code_nabm=0996&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
- (31) TNB : Fiche [Internet]. Disponible sur : http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_code_nabm=0552&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=ameli
- (32) ECN / EDN [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3076609/fr/ecn--/edn
- (33) Baudier F (Rapporteur et membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)). Consultations de prévention - Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Commandité par la Direction Générale de la Santé au HCSP. Site du HCSP [Internet]. 2009. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_consulprev.pdf
- (34) Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? Ann Intern Med. 2002 May 7;136(9):701-3. doi: 10.7326/0003-4819-136-9-200205070-00013. PMID: 11992306.
- (35) LAURE Patrick, TRéPOS Jean-Yves, « Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes », *Santé Publique*, 2006/4 (Vol. 18), p. 573-584. DOI : 10.3917/spub.064.0573.
- (36) 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. Sciences Sociales Et Sante [Internet]. 1 janv 2006 ; Disponible sur : <https://doi.org/10.3406/sosan.2006.1681>

- (37) Gallais J-L, les normes en Santé: avis, recommandation, guide de bonnes pratiques (2ème partie) disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1312/fichier_gallais_mg_face_normes_jdsam_decembre_201597d2a.pdf
- (38) Jacqueline Jeanson Chenu. Quelles sont les représentations des médecins généralistes au sujet de la recherche en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. ffdumas-01724193f
- (39) Haute Autorité de Santé. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
- (40) Tremblay JM. Naomar de Almeida-Filho, Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé
- (41) Anastasia Meidani. " C'est normal docteur ? " Normal et pathologique en médecine générale. Déviance et Société, 2018, 42 (3), pp.465-499. ff10.3917/ds.423.0465ff. fffhal-02048521
- (42) Canguilhem G, Le normal et le pathologique. 1966 éd° PUF (2010) coll. Quadrige
- (43) Poliquin H. Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. ResearchGate [Internet]. 1 févr 2015 ; Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/282301099_Analyse_critique_et_dimensionnelle_du_concept_de_santeisation
- (44) Ducournau P. Chapitre II. Normes, corps et santé. Dans : Presses universitaires du Midi eBooks [Internet]. 2011. p. 43-63.
- (45) David G. Prescriptions par les médecins généralistes auprès d'un centre d'imagerie libéral Analyse de la conformité rédactionnelle et confrontation aux bonnes pratiques [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers ; 2020.
- (46) Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst. 2010 May 5;102(9):605-13. doi: 10.1093/jnci/djq099. Epub 2010 Apr 22. PMID: 20413742.
- (47) Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, Szafran O, Bell NR. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. Can Fam Physician. 2018 Sep;64(9):e373-e379. French. PMID: 30209110; PMCID: PMC6135136.
- (48) Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. « Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health ». Beacon Press, Boston (USA) 2011
- (49) Fall K, Fang F, Mucci LA, Ye W, Andrén O, Johansson JE, Andersson SO, Sparén P, Klein G, Stampfer M, Adami HO, Valdimarsdóttir U. Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: prospective cohort study. PLoS Med. 2009

Dec;6(12):e1000197. doi: 10.1371/journal.pmed.1000197. Epub 2009 Dec 15. PMID: 20016838; PMCID: PMC2784954.

- (50) Fang F, Keating NL, Mucci LA, Adami HO, Stampfer MJ, Valdimarsdóttir U, Fall K. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 2010 Mar 3;102(5):307-14. doi: 10.1093/jnci/djp537. Epub 2010 Feb 2. PMID: 20124521.
- (51) Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, et al. Shared decision making in preventive health care. What it is; what it is not. *Can Fam Physician.* 2017;63:682-84.
- (52) Jamoulle M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille disponible sur <https://www.prescrire.org/docu/postersbruxelles/jamoullem.pdf>
- (53) Jamoulle M, Roland M Quaternary prevention Hong-Kong Wonca Classification Committee June 6/9, 1995 disponible sur <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173994/1/Jamoulle%2c%20Roland%20-%201995%20-%20Quaternary%20prevention.pdf>
- (54) Widmer, D., Herzig, L., Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ?, *Rev Med Suisse*, 2014/430 (Vol.0), p. 1052-1056.
- (55) BARBOT Janine, FILLION Emmanuelle, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, 2006/2 (Vol. 24), p. 5-33. DOI : 10.3917/ss.242.0005.
- (56) Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open.* 2017 Dec 21;7(12):e019851. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019851. PMID: 29273671; PMCID: PMC5778280.
- (57) Plu, Isabelle et al. "Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or." *La Revue du praticien* (2007): 295-297.
- (58) Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med.* 2010 Jun 28;170(12):1081-3. doi: 10.1001/archinternmed.2010.155. PMID: 20585077.
- (59) Hélène Lorphelin-Martel. Le risque juridique et les internes de médecine générale en HauteNormandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ?. [Thèse d'exercice] Médecine humaine et pathologie. 2014. ffdumas-01079659f
- (60) Charles Morichon. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. [Thèse d'exercice]Médecine humaine et pathologie. 2021. ffdumas-03435622f
- (61) Gerbaud E, Julien AC. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers ; 2016.

- (62) Marie Juillard. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V.[Thèse d'exercice] Médecine humaine et pathologie. 2015. ffdumas-01152535
- (63) Johanna Zuliani Cyr. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients, étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes.[Thèse d'exercice] Santé publique et épidémiologie. 2019. ffdumas-02492993
- (64) Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Claude Bernard. 2017.
- (65) Pierre Mayaud. Prescription et non-prescription en Médecine Générale. Le ressenti des patients.[Thèse d'exercice] Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. ffdumas-03708740f
- (66) Pueyo S, Mauviard E. Ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription. Définition d'une demande abusive [Internet]. Disponible sur : https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/0_70_PueyoS_Poster_DemandeAbusive.pdf
- (67) Galam E, Dumas FR. Oser dire « non » avec sérénité. La revue du praticien médecine générale N°788. Novembre 2007
- (68) Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée, modèle de relation patient médecin. Médecin du Québec. 1993;28:29-39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Caractéristiques de la population d'étude	24
---	----

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	4
INTRODUCTION	17
MÉTHODES	20
1. Type d'étude	20
2. Variabilité de l'échantillon.....	20
3. Recrutement	20
4. Conception du guide d'entretien	21
5. Réalisation des entretiens et analyse des données	22
RÉSULTATS	23
1. Caractéristiques de la population d'étude	23
2. Les demandes de prescription de la NFS	25
2.1. La consultation de prévention.....	25
2.1.1. Un motif variable	25
2.1.2. Une consultation centrée sur l'interrogatoire.....	26
2.2. Les attentes du patient	28
2.3. Les ressentis et les initiatives du médecin	29
3. Les raisons de prescription ou de non-prescription de la NFS	32
3.1. Des recommandations inexistantes	32
3.2. Les facteurs intrinsèques au patient	33
3.2.1. Profil physiologique du patient	33
3.2.2. Une adaptation en fonction de l'interrogatoire.....	34
3.2.3. L'attente du patient	35
3.3. Facteurs intrinsèques au médecin	36
3.3.1. Une habitude de prescription	36
3.3.2. Un examen « facile ».....	37
3.3.3. Une formation professionnelle et des années d'expérience	37
3.3.4. Le vécu personnel.....	38
3.3.5. Une façon de se rassurer	39
3.3.6. Faire prendre part le patient à sa prise en charge.....	40
3.3.7. La crainte de poursuites judiciaires.....	40
4. Critique et intérêt de la NFS en dépistage chez le sujet sain selon les médecins.....	41
4.1. Absence d'intérêt	41
4.2. Ambivalence du médecin	42
4.3. Représentation des recommandations	43
DISCUSSION	44
1. Forces et limites.....	44
1.1. Forces.....	44
1.2. Limites.....	45
2. Comparaison avec les données de la littérature	45
2.1. Le rôle du médecin dans la prévention	45
2.2. Un impact économique énorme	47
2.3. La représentation des recommandations par le médecin généraliste	48
2.4. La frontière entre le sain et le pathologique	50
2.5. La surprescription et la prévention quaternaire	53
2.6. Une prescription parfois basée sur la médecine défensive	56
2.7. Savoir dire « Non ».....	57
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES TABLEAUX	67
TABLE DES MATIÈRES	68
ANNEXES	I

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : CRITÈRES DE LA GRILLE COREQ	II
ANNEXE III : PRÉSENTATION DU PATHOLOGIQUE AVEC LES CONCEPTS DISEASE, ILLNESS ET SICKNESS	IV
ANNEXE IV : LE PARADOXE DU DÉPISTAGE.....	V
ANNEXE V : LA PRÉVENTION QUATERNaire.....	VI

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'étudiant et de l'objectif du travail de thèse. Recueil oral du consentement et des données descriptives de l'interviewé. Recueils de données du médecin : sexe, âge, type d'exercice, mode d'exercice, DU, MSU.

1) Racontez moi la dernière fois qu'un patient sans pathologie connue est venu pour une demande de bilan de santé ?

- Avez-vous souvent ce type de demande ? du même patient ?
- Comment appréhendez vous cette situation ?
- Que pensez vous de ce motif de consultation ?
- A votre avis, qu'attendent ces patients de cette consultation ? et sur quels arguments vous appuyez vous ?

2) Comment menez vous cette consultation ? Que recherchez vous ?

- Comment composez vous votre interrogatoire et votre examen clinique ?
- Y a t il des choses que vous recherchez de manière systématique ?
- Prescrivez vous une biologie ?

3) De quoi est elle composée ?

- Quels sont vos critères pour prescrire le bilan ?
- Le patient vous demande souvent des recherches précises ? si oui lesquelles et à la recherche de quoi ?
- Et qu'en pensez vous ?
- Sur quelles recommandations vous basez-vous ? Que pensez-vous de ces recommandations ?

4) Quelles sont vos attentes concernant la biologie prescrite ?

(Si non abordé : prescrivez-vous une NFS ?)

- Et concernant la NFS ?
- Que faites-vous ?
- Sur quoi vous basez-vous pour prescrire la NFS ?
- Qu'en attendez-vous ?

ANNEXE II : CRITÈRES DE LA GRILLE COREQ

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	<i>Carette Valentin</i>
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	<i>Aucun</i>
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	<i>Remplaçant en médecine générale</i>
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	<i>Un homme</i>
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	<i>Aucune expérience pratique en recherche qualitative. Formation réalisée lors des cours à la Faculté de médecine d'Angers</i>
<u>Relations avec les participants</u>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	<i>Parfois</i>
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	<i>Remplaçant en médecine générale réalisant sa thèse</i>
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	<i>Remplaçant en médecine générale réalisant sa thèse</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<u>Cadre théorique</u>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	<i>Analyse inductive des entretiens après retranscription en verbatim puis codage pour l'analyse thématique</i>
<u>Sélection des participants</u>		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	<i>Réseau de connaissances puis effet «boule de neige»</i>
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	<i>Par téléphone et par mail</i>
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	<i>11 participants</i>
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	<i>7 : pas de réponse</i>
<u>Contexte</u>		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	<i>Au cabinet des médecins ou à leur domicile</i>
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, autre les participants et les chercheurs ?	<i>Non</i>
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	<i>Cf Tableau I</i>

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	<i>Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone et d'un smartphone</i>
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	<i>Oui, au cours de l'entretien et après</i>
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	<i>De 12 à 28 minutes</i>
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

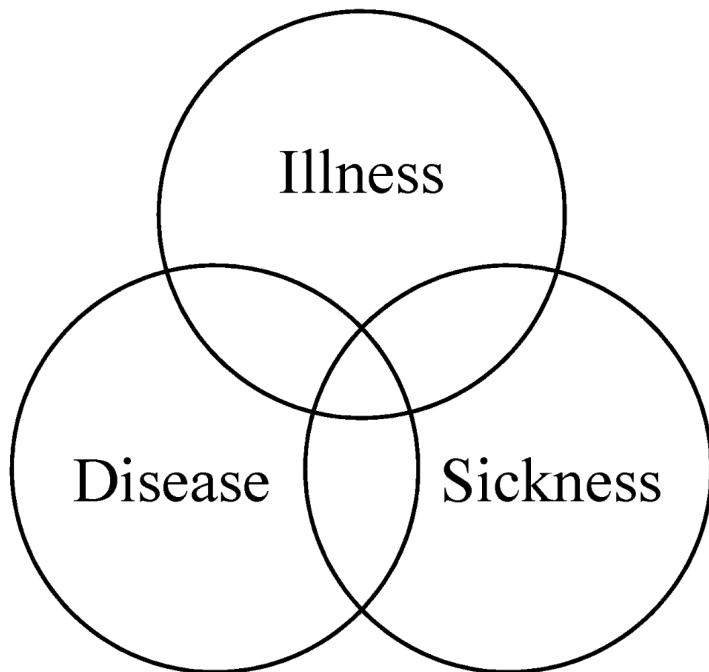
Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	<i>L'auteur et une collègue</i>
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	<i>Ils ont été déterminés à partir des données recueillies</i>
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	<i>Traitemen manuel via les logiciels Word® puis Excel®</i>
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

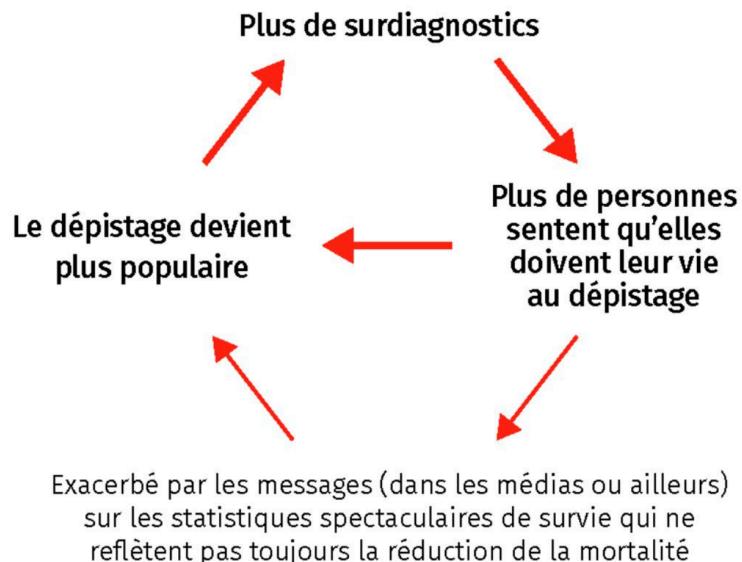
Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE III : PRÉSENTATION DU PATHOLOGIQUE AVEC LES CONCEPTS DISEASE, ILLNESS ET SICKNESS



ANNEXE IV : LE PARADOXE DU DÉPISTAGE



ANNEXE V : LA PRÉVENTION QUATERNaire

	pas de maladie	Vue du médecin	maladie
Se sent bien	Prévention primaire Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex ; vaccination)	Prévention secondaire Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression . (ex ; dépistage de l'hypertension).	
Vue du patient			
Se vit malade	Prévention quaternaire action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (ex EBM)	Prévention tertiaire Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex ; prévention des complications du diabète)	

Quelles sont les motivations du médecin généraliste lors de la prescription d'une NFS chez un patient sain et asymptomatique ?

RÉSUMÉ

Introduction : La prescription de NFS chez le patient sain et asymptomatique ne repose sur aucune recommandation. Le médecin est fréquemment confronté à cette situation face à une demande émanant du patient ou par une volonté propre de vouloir agir en prévention. Pourtant, bien qu'aucune étude n'ait démontré un impact sur la morbi-mortalité dans une population saine, on constate que cette pratique est largement répandue chez les médecins généralistes. L'objectif de ce travail est de déterminer les raisons les motivant à prescrire une NFS chez un patient dénué de symptôme et ne présentant aucun antécédent.

Matériels et méthodes : Étude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire, par entretiens individuels semi-dirigés. Recrutement par réseau de connaissance puis par effet boule de neige avec échantillonnage en variation maximale. Selon une approche par théorisation ancrée, un double codage manuel des données a été réalisé, avec regroupement en thèmes puis en sous-thèmes des unités minimales de sens. L'étude a été conçue pour valider un maximum des critères de qualité de la grille COREQ.

Résultats : Au total onze entretiens ont été réalisés avec une saturation des données obtenues au huitième entretien. Les médecins généralistes prescrivaient la NFS selon plusieurs critères : selon des facteurs propres au patient tels que son profil physiologique, l'issu de l'interrogatoire, ses attentes ; mais également selon des éléments propres au médecin comme ses habitudes de prescription, son expérience professionnelle, ses représentations, son vécu personnel, ses craintes, ainsi qu'une volonté de renforcer le lien médecin-patient. Bien que les médecins généralistes reconnaissaient l'inutilité de la prescription de l'hémogramme chez un sujet sain et asymptomatique, on observait chez eux une ambivalence avec la persistance de prescription de cet examen.

Conclusion : Les motivations de prescription de la NFS par les médecins généralistes chez un sujet sain et asymptomatique sont multifactorielles. Cependant, cela a des conséquences engendrant des effets délétères chez le patient, ainsi qu'un coût économique considérable. Le médecin se doit d'expliquer à son patient les tenants et aboutissants de la prescription d'exams préventifs, et de savoir en imposer les limites.

Mots-clés : NFS, Médecine générale, Prévention, Types de pratique des médecins, Surprescription, Recherche qualitative

What are the motivations of the general practitioner when prescribing a CBC in a healthy and asymptomatic patient ?

ABSTRACT

Background : Prescription of CBC in healthy and asymptomatic patients is not based on any recommendation. GPs are frequently confronted with this situation when faced with a request from the patient or by a personal desire to act in prevention. However, although no study has demonstrated an impact on morbidity and mortality in a healthy population, we see that this practice is widespread among general practitioners. The objective of this study is to determine the reasons motivating them to prescribe a CBC in a patient with no symptoms and no medical history.

Material and methods : Qualitative study by semi-directed individual interviews conducted with GPs in Maine-et-Loire. Recruitment by networking and then snowball effect with maximal variation sampling. According to an anchored theorization approach, a manual double coding of the data was realized, by clustering in themes and then in sub-themes of the minimal units of meaning. The study is designed to meet a maximum of quality criteria of the COREQ grid.

Results : A total of eleven interviews were conducted, with sufficient data obtained in the eighth interview. GPs prescribed CBC according to several criteria : depending on patient factors such as its physiological profile, the outcome of the interrogation, his expectations ; but also according to elements specific to the GP like his prescribing habits, his professional experience, his representations, his personal experience, his concerns, and a willingness to reinforce the doctor-patient relationship. Although GPs recognized the uselessness of prescribing CBC in healthy and asymptomatic patient, we observed among them an ambivalence with the persistence of prescription of this examination.

Conclusion : The motivations for prescribing CBC by GPs in a healthy and asymptomatic patient are multifactorial. However, this has consequences causing deleterious effects on the patient, as well as a considerable economic cost. The doctor must explain to his patient the ins and outs of prescribing preventive examinations, and knowing how to impose its limits.

Keywords : CBC, General Medicine, Prevention, Types of physician practice, Overprescription, Qualitative research