

Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité

Élodie Léon

▶ **To cite this version:**

Élodie Léon. Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01080383

HAL Id: dumas-01080383

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080383

Submitted on 5 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2014 Thèse n°86

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 septembre 2014, à Bordeaux
Par **Mlle Élodie LEON**
Née le 29 janvier 1983, à Paris

Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité

Composition du Jury :
Président : Monsieur le Professeur Bernard GAY
Membres : Monsieur le Professeur Louis-Rachid SALMI
Monsieur le Professeur Jean-François DARTIGUES
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Bertrand PROUFF

Remerciements

Au président de thèse,

Monsieur le Professeur Bernard Gay

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider cette thèse.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Louis-Rachid Salmi,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter spontanément de juger ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de mon sincère respect.

Monsieur le Professeur Jean-François Dartigues,

Je suis très honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à mon travail.
Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Laurent Magot,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon rapporteur et d'accepter de juger ce travail.
Vous m'avez permis de prendre un peu de distance par rapport à mon travail. Merci de m'avoir apporté votre regard éclairé de médecin généraliste « spécialiste » en recherche documentaire !
Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bertrand Prouff,

Tu m'as guidé avec beaucoup de patience, de rigueur et de bienveillance de l'élaboration du sujet de la thèse jusqu'à la conclusion. Merci pour ton aide, tes précieux conseils et ta disponibilité.
Sois assuré de ma profonde reconnaissance et de mes remerciements sincères.

Aux médecins qui ont participé à l'enquête,

Vous m'avez consacré du temps et m'avez permis de réaliser ce travail, je vous en remercie.

À Stéphane,

Tu as été présent, à mes cotés, du début du travail jusqu'à la soutenance. Je te remercie pour ta patience, ton écoute, ton soutien et ton aide dans les actes de la vie quotidienne que je n'ai pas pu assumer pendant cette période de travail. C'est aussi grâce à toi que j'y suis arrivée ! Je sais que tu attends impatiemment cet « après thèse » pour enfin pouvoir concrétiser tous nos projets… Pour le meilleur et pour le pire … (surtout le meilleur !) Je t'aime fort <3 <3 <3

À ma mère et mon beau-père Yves,

Je vous remercie de m'avoir soutenue, écoutée et m'avoir répété sans cesse que j'allais y arriver pendant toutes mes études médicales. Sachez qu'à mon tour, je serais toujours là pour vous. Je vous aime fort.

À mes deux sœurs, Marie-Charlotte et Caroline,

Nous avons avancé dans la vie ensemble, je suis fière d'être votre sœur ! J'espère partager encore plein de moments avec vous ! (petite dédicace à Francis … ;))

À mes amies de P1 et P2, Florence, Valérie et Marjorie,

Merci pour toutes ces soirées mémorables ! Merci pour votre écoute ! Je suis heureuse que nous puissions être encore amies après les années et la distance.

À mes amies d'Internat, Hélène et Claire,

J'adore les moments passés avec vous à discuter de tout et de rien ! J'espère que nous poursuivrons nos échanges et, promis, dès que ma thèse est soutenue, je crée notre groupe de pairs ! ;)

À tous les autres que je n'ai pas cités, mais qui se reconnaîtront

Merci pour tous ces instants passés ensemble !

À Anaïs,

Une petite barre qui apparaît sur un bâtonnet le matin du 3e entretien, et nous voilà, parties toutes les deux pour cette grande aventure de la thèse mais surtout de la vie ! Je ne te remercierais jamais assez de m'avoir accompagnée dans ce travail et de m'avoir faite relativiser quand je me perdais. Tu auras 7 mois le jour de ma soutenance et je sais que tu seras ma première spectatrice. Je t'aime très fort ma nénette !

Puisse ma thèse être aussi réussie que toi !

Sommaire

Sommaire 5
1 Introduction 8
2 Définition de la qualité de l'information 10
2.1 L'information médicale 10
2.2 Les critères de qualité de l'information médicale 10
2.2.1 La validité scientifique de l'information médicale 10
2.2.2 La fiabilité de l'information médicale 12
2.2.3 La pertinence de l'information médicale 12
2.3 Les grilles et scores d'évaluation de la qualité de la documentation médicale 13
2.3.1 Les critères de qualité des articles de la presse médicale 13
2.3.2 Les critères de qualité des sites web médicaux 14
2.3.3 Les critères de qualité des recommandations pour la pratique clinique (RPC) 17
2.3.4 La qualité de l'information médicale selon la HAS 18
3 Les professionnels face à l'information : États des lieux des connaissances 19
3.1 Informatisation et accès à Internet des médecins généralistes en France 19
3.2 Les sources d'information des médecins généralistes 19
3.3 L'évaluation de la qualité de l'information 20
3.4 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour l'accès à l'information 20
4 Matériel et Méthode 22
4.1 Choix de l'étude 22
4.2 Choix de l'échantillon 22
4.2.1 Choix du groupe de médecins 22
4.2.2 Choix des médecins 22
4.3 L'entretien 23
4.3.1 L'investigateur 23
4.3.2 Conduite de l'entretien 23
4.3.3 Guide de l'entretien (Annexe 3, p 151) 23
4.4 Retranscription et analyse des discours 23
4.5 Synthèse des résultats 23

5 Résultats 24
5.1 Caractéristiques des médecins interviewés 24
5.1.1 Répartition par sexe 25
5.1.2 Répartition par groupe d'âge 25
5.1.3 Répartition par mode d'exercice 26
5.1.4 L'informatisation des médecins 26
5.1.5 L'accès à Internet 26
5.1.6 La formation médicale initiale (FMI) 27
5.1.7 La formation médicale continue (FMC) 28
5.1.8 Enseignement à la recherche documentaire 34
5.1.9 Maîtrise de l'anglais 37
5.2 La recherche documentaire et les sources d'information des médecins généralistes 38
5.2.1 Investissement dans la recherche documentaire 38
5.2.2 Les sources d'information citées par les médecins généralistes 43
5.3 La qualité de l'information 52
5.3.1 La fiabilité 52
5.3.2 La validité scientifique par la connaissance de la notion de niveaux de preuve et de grades de recommandation de la HAS 55
5.3.3 La confiance que les médecins accordent à leurs sources 56
5.3.4 Opinions des médecins sur diverses sources d'information 57
5.4 Les difficultés des médecins lors de leur autoformation 90
5.4.1 Les médecins trouvent-ils toujours une réponse ? 90
5.4.2 Les difficultés verbalisées par les médecins 91
5.5 Les solutions envisageables pour avoir accès facilement à une information de qualité 97
5.5.1 La formation 97
5.5.2 Un site internet 98
5.5.3 Un blog de cas cliniques 100
5.5.4 Déléguer sa recherche 101
5.5.5 Les nouvelles technologies 102
5.5.6 Du temps et de l'organisation (M18 et M25) 102
5.5.7 L'indication du niveau de preuve (M1) 102
5.6 Récapitulatif des principaux résultats 103
6 Discussion 106
6.1 Le choix de la question 106
6.2 Le choix de la méthode 106

6.2.1 Le choix de la recherche qualitative 106
6.2.2 Le choix de l'entretien semi-structuré 107
6.2.3 Le choix de l'échantillon 107
6.2.4 L'entretien 109
6.2.5 Les difficultés lors de l'analyse des résultats 112
6.3 Analyse des résultats 113
6.3.1 Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes 113
6.3.2 Les difficultés et les freins à l'accès à une information de qualité 121
6.3.3 Les solutions envisagées par les médecins et leur faisabilité 135
6.3.4 Mes propositions 138
7 Conclusion 140
8 Bibliographie 142
9 Annexes 148
Annexe 1 148
Annexe 2 150
Annexe 3 151
Annexe 4 : Portrait des médecins interrogés 153
Annexe 5 : 3 exemples d'entretiens 156
Entretien M2 156
Entretien M5 162
Entretien M14 165
Le Serment d'Hippocrate 170

1 Introduction

Le Serment d'Hippocrate dans sa version du Serment de l'Ordre français des médecins de 1996 (1) dit :

> "*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."*

La profession de médecin nécessite une perpétuelle réactualisation des connaissances.
Ce besoin d'informations repose sur une compétence documentaire qui est, selon la définition de l'American Library Association (2) :

> *"Être compétent dans l'usage de l'information signifie que l'on sait reconnaître quand émerge un besoin d'information et que l'on est capable de trouver l'information adéquate ainsi que de l'évaluer et de l'exploiter."*

Le médecin doit donc prendre conscience de ce besoin et, pour cela, il doit sans cesse remettre en question ses connaissances médicales.
Comme le dit André Tricot (3) :

> *"Avoir besoin d'information implique que l'on ait des incertitudes et donc des connaissances."*

Le médecin doit aussi être capable de faire une recherche et, parmi la pléthore d'informations à disposition, de reconnaître l'information fiable et valide (4).

Le médecin rencontre plusieurs difficultés dans cette recherche d'informations.

La première repose sur le nombre important de publications médicales, conséquence de l'évolution de la médecine. Également, le savoir médical se complexifie, de nouveaux traitements apparaissent et les disciplines médicales sont de plus en plus spécialisées. Les informations doivent donc être actualisées très régulièrement.
Une étude américaine de 2004 (5) a évalué le temps nécessaire à un médecin épidémiologiste pour lire tous les nouveaux articles sur des sujets de médecine générale, ce temps est d'environ 2 heures par jour, 7 jours sur 7.
Je peux citer l'exemple de PubMed[1] qui offre un libre accès à l'interrogation de la base bibliographique MEDLINE. 23 millions d'articles biomédicaux sont référencés et, par semaine, environ 8000 articles sont incorporés (6).
Aussi, en ce qui concerne les revues, le site du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF)[2], a réalisé une liste exhaustive des périodiques francophones, en décembre 2011. 242 titres de revues destinées aux médecins français étaient répertoriés (7).

Quand il se pose des questions dans sa pratique médicale, le médecin généraliste dispose donc d'une grande quantité de sources d'information :

- les livres

[1] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
[2] http://www.cismef.org/

- les revues, en version numérique ou papier, de formation ou d'information
- les sites web : les sites officiels comme celui de la Haute Autorité de Santé (HAS)[3] ou de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)[4], les sites universitaires, les sites de sociétés savantes, les plates-formes créées par l'industrie pharmaceutique, les sites "grand public"
- les portails d'accès à l'information tels que les moteurs de recherche, les banques de données bibliographiques, les bases de données médicamenteuses
- les forums sur Internet
- les confrères...

La deuxième difficulté réside dans l'évaluation de la qualité de l'information.

Les objectifs de ce travail sont de connaître les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes ainsi que les difficultés et les freins à l'obtention d'une information de qualité.
Pour les atteindre, je me suis posé la question suivante : "Quels sont les difficultés et les freins à l'accès à une information de qualité que rencontrent les médecins généralistes au regard de leur pratique de recherche documentaire ?". Grâce aux réponses obtenues, nous pourrons envisager des solutions pour que tous les médecins puissent avoir accès à des informations de qualité.
Dans un premier temps, en me reposant sur des publications antérieures, j'essaierai de définir la qualité de l'information et j'évoquerai les connaissances actuelles sur les pratiques de recherche d'informations des médecins généralistes.
Puis j'essaierai de répondre à la question de recherche en utilisant une méthode d'étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés.

[3] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012
[4] http://ansm.sante.fr/

2 Définition de la qualité de l'information

Il est important de connaître la définition d'une information de qualité. Il me semble que les critères à retenir sont la fiabilité de l'information, sa validité scientifique ainsi que sa pertinence.

2.1 L'information médicale

Les articles médicaux se classent en trois catégories : les documents primaires, secondaires et tertiaires.
La littérature primaire comprend les articles à contenu original, publiés sur la recherche fondamentale, clinique ou épidémiologique.
La littérature secondaire résulte d'un traitement documentaire (catalogage, indexation) effectué sur un document primaire afin de pouvoir décrire, sélectionner et récupérer celui-ci, elle permet la constitution d'une base de données (bibliographies, catalogues, index).
La littérature tertiaire est le traitement avancé d'un document primaire avec condensation d'informations. Nous pouvons citer les articles didactiques et les recommandations pour la pratique clinique par exemple. Toutefois, il est aussi possible de parler de littérature quaternaire en ce qui concerne les recommandations et les consensus.

Les médecins utilisent principalement les sources tertiaires et notamment les revues médicales généralistes et les recommandations. Les sources primaires sont, quant à elles, très peu utilisées. Nous retrouvons ce résultat dans une étude quantitative de 2008 sur 137 médecins adhérents de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues (Unaformec) (8).

2.2 Les critères de qualité de l'information médicale

2.2.1 La validité scientifique de l'information médicale

2.2.1.1 La définition de la validité

Selon le dictionnaire *Larousse*, la validité est : la " *qualité de ce qui est valide*" et la définition de valide est "*qui est recevable comme vrai, fondé*".

2.2.1.2 La validité scientifique

La validité scientifique repose sur des "preuves" qui proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

Une information peut être qualifiée de valide si elle se conforme aux données admises de la science ou si, en l'absence de données scientifiquement établies, elle est annoncée comme telle, comme une hypothèse ou un fait en quête de validation (9).

En France, la HAS est chargée d'"*élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique*" (loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, titre II, chapitre I bis, article L. 161-37). Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné (10). D'autres organismes, comme les sociétés savantes par exemple, peuvent, aussi, élaborer des recommandations. Ces dernières sont valides si elles sont élaborées avec la même méthodologie.

2.2.1.2.1 Les niveaux de preuve

Toutes les études cliniques n'ont pas la même puissance.
Pour évaluer la validité scientifique d'une étude, nous pouvons nous aider du niveau de preuve.
Le niveau de preuve se caractérise par la capacité de l'étude à répondre à la question posée (10) et il dépend de la qualité de la méthodologie, de sa réalisation ainsi que des résultats.

Niveau de preuve	Descriptif
Fort	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - la réalisation est effectuée sans biais majeur ; - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs ; - la puissance est suffisante.
Intermédiaire	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance a posteriori insuffisante) ; - et/ou des anomalies mineures
Faible	Autres types d'études

2.2.1.2.2 Les grades des recommandations

Dans un document tertiaire, les grades de recommandations aident à évaluer la validité scientifique d'une information. Ces grades sont issus des niveaux de preuve des études auxquelles on se réfère.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A **Preuve scientifique établie**	**Études de niveau de preuve fort** - essais comparatifs randomisés de forte puissance - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B **Présomption scientifique**	**Études de niveau de preuve intermédiaire** - essais comparatifs randomisés de faible puissance - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C **Faible niveau de preuve scientifique**	**Études de niveau de preuve faible** - études cas témoins. - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; -études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).
Accord d'experts	L'accord d'experts correspond, en l'absence de données scientifiques disponibles, à l'approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail.

2.2.2 La fiabilité de l'information médicale

Selon le dictionnaire *Larousse*, la fiabilité est le "*caractère de quelqu'un, d'un groupe, de quelque chose de fiable*" et fiable signifie "*auquel on peut se fier, à qui on peut faire confiance*".
Je peux en conclure que la fiabilité d'une source d'information repose sur son indépendance financière, éditoriale et l'absence de conflits d'intérêts.

2.2.3 La pertinence de l'information médicale

Selon le dictionnaire *Larousse,* la pertinence est la *" qualité de ce qui est pertinent, logique, parfaitement approprié*".
Une information pertinente est une information qui apporte des réponses adaptées à la pratique.

2.3 Les grilles et scores d'évaluation de la qualité de la documentation médicale

2.3.1 Les critères de qualité des articles de la presse médicale

2.3.1.1 Les critères de qualité retenus par les Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue (CNFMC) (11) et (12)

- Une sélection des articles doit être réalisée par un comité scientifique et/ou de lecture selon des critères clairement identifiés, et tous les articles doivent comporter les noms et les coordonnées professionnelles des auteurs.

- L'existence d'une bibliographie référencée dans chaque article.

- La promotion des médicaments et du matériel médical, quelle que soit sa forme, illustrée ou rédactionnelle, devra être clairement identifiée comme telle et ne pas interrompre la continuité d'un article.

- Le ou les rédacteurs d'un article, liés, directement ou indirectement, par un contrat de travail ou un contrat financier à un laboratoire pharmaceutique ou à une entreprise fabriquant ou distribuant du matériel médical, devront être clairement identifiés comme tels dans l'article.

- Les articles d'ordre scientifique et didactique doivent être clairement distincts des informations d'ordre professionnel, syndical ou autres, et doivent constituer l'essentiel du contenu rédactionnel (en surface, hors articles promotionnels ou publicités).

2.3.1.2 Les critères de qualité retenus par la HAS

La HAS a réalisé une revue de la littérature qui lui a permis de retenir 3 dimensions fondamentales pour évaluer la qualité de la presse médicale (7) :

- **La transparence**
  La transparence consiste à afficher, systématiquement, les liens d'intérêt des auteurs et des journalistes, des comités de rédaction et des relecteurs, des personnes ayant une responsabilité éditoriale.
  Il faut, également, que soient expliqués les projets et procédures éditoriales, c'est-à-dire l'organisation de la rédaction et des comités de relecture.
  Les sources de financement des études doivent être affichées pour chaque article.

- **L'indépendance**
  Il faut qu'il y ait l'indépendance éditoriale vis-à-vis des annonceurs mais aussi des éditeurs et des propriétaires.

- **L'éthique éditoriale**
  L'expression de courants de pensée doit être respectée, c'est-à-dire qu'il faut que le lecteur ait la possibilité de donner son opinion, dans des rubriques dédiées, telles que le courrier des lecteurs.
  Il faut respecter les règles de publication et, notamment, l'identification de l'auteur de l'information.
  Il faut que les revues de recherche et de formation suivent les recommandations, codes et chartes de l'International Commitee of Medical Journal Editors (ICMJE) et le Commitee On Publication Ethics (COPE).

2.3.2 Les critères de qualité des sites web médicaux

Il y a eu plusieurs tentatives de mise en place d'instance de contrôle pour l'information sur Internet.

Des institutions ont rédigé des guides de bonnes pratiques pour la diffusion de l'information médicale sur Internet. Les sites web doivent satisfaire à une liste de critères pour obtenir un label. Les chartes les plus connues sont le HONcode et le Netscoring notamment.

2.3.2.1 Le HONcode (13)

La Health On the Net (HON) est une organisation non gouvernementale nationale ayant un statut de consultant des Nations Unies. Elle donne des critères de transparence à respecter par les promoteurs de sites Web.

Les sites web qui souhaitent adhérer à cette charte et obtenir le label de l'HONcode doivent satisfaire à 8 principes :

- **Principe n° 1 – autorité**
  Indiquer la qualification des rédacteurs

- **Principe n° 2 – complémentarité**
  Compléter et non remplacer la relation médecin-patient

- **Principe n° 3 – confidentialité**
  Préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site

- **Principe n° 4 – attribution**
  Citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages de santé

- **Principe n° 5 – Justification**
  Justifier toute affirmation sur les bienfaits ou inconvénients de produits ou de traitements

- **Principe n° 6 – Professionnalisme**
  Rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre et fournir une adresse de contact

- **Principe n° 7 – Transparence du financement**
  Présenter les sources de financement

- **Principe n° 8 – Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale**
  Séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale

Le HONcode n'est pas un label de qualité des sites web et ne garantit pas la qualité des informations, en effet, il ne signifie pas que le site est indépendant ou que les informations sont validées scientifiquement. C'est, uniquement, un label de transparence. Pour cette raison, *Prescrire* (14) a retiré les logos de l'HONcode en 2010, ils n'ont pas décidé de reconduire l'évaluation. Aussi, en juillet 2013, la HAS a décidé d'arrêter son partenariat avec la fondation HON pour la certification des sites informatiques dédiés à la santé. Elle va réfléchir et proposer un nouveau dispositif qualité (15).

2.3.2.2 Le Netscoring (16)

Le Netscoring est un autre outil de certification des sites web. Il s'engage à fournir des critères de qualité pour l'information en santé. Ce travail est réalisé dans le cadre de Centrale Santé, groupement professionnel destiné à réunir autour d'un projet fédérateur des centraliens intéressés par la santé et des professionnels de la santé. Pour assurer l'objectivité dans le développement de ces critères, un groupe multidisciplinaire a été mis en place au sein de Centrale Santé. Il inclut des ingénieurs, des professionnels de santé, un juriste et un bibliothécaire médical. Les critères ont été développés par consensus.

Les critères de qualité sont répartis en huit catégories principales :

1. **Crédibilité**
2. **Contenu**
3. **Liens**
4. **Design**
5. **Interactivité**
6. **Aspects quantitatifs**
7. **Aspects déontologiques**
8. **Accessibilité**

La liste des critères détaillés est accessible en annexe 1 (p 148)

Ce score est intéressant, car il prend en compte la source de l'information, son indépendance (financière, éditoriale et l'absence de liens d'intérêts) et la validation scientifique de l'information par les niveaux de preuve.
Le projet CISMeF utilise les principaux critères du NetScoring pour indexer les sites et documents francophones.

2.3.2.3 Les critères de qualité de l'Institut national de la santé et de la recherche biomédicale (Inserm) (17)

L'Inserm a établi une liste de critères pour évaluer la qualité des sites web. Certains s'appliquent également à la qualité de l'information disponible sur un site : source de l'information, sa validation scientifique, sa mise à jour. Par ailleurs, même sur un site de qualité, toute l'information ne bénéficie pas toujours du même niveau de qualité.

Il faut donc vérifier :

- **Le "producteur" du site**
  Sur la page d'accueil du site, mention du nom et des références : organisme ou personne qui a produit l'information (institution publique, hôpital, université, laboratoire de recherche, réseau de recherche, laboratoire pharmaceutique, association de patients, éditeur, bibliothèque médicale, page personnelle…).

- **La source de financement**
  Indications des sources de financement, publiques ou privées. Cette indication permet de juger des possibilités de conflits d'intérêts.

- **La source de l'information**
  Mention de la source : l'information biomédicale est d'une grande hétérogénéité.
  Elle peut comporter :
  - des articles originaux, signés par des experts
  - des guides de bonnes pratiques, produits par des établissements publics
  - de très nombreuses pages anonymes, pour lesquelles aucun auteur n'est cité, et qui perdent en qualité.

- **La validation de l'information**
  Rechercher comment est validée l'information biomédicale diffusée par le site : présence ou non d'un comité éditorial (médical ou scientifique), présentation des membres du comité avec leur titre et leur appartenance et rôle éditorial du comité.

- **La mise à jour de l'information**
  La date de mise à jour d'un document d'information est un des critères essentiels de qualité, surtout pour les domaines très sensibles où la recherche évolue très rapidement.

- **Les liens vers d'autres sites**
  Afficher des liens vers d'autres pages est la caractéristique et l'intérêt du web. Quand leur sélection a été faite selon des règles strictes, ils contribuent à élargir le champ des formations données à l'utilisateur ; mais ces liens peuvent l'entraîner, sans même qu'il s'en rende compte, d'un site "de qualité" à un site qui ne respecte aucun critère de qualité.

Les 3 derniers critères retenus par l'Inserm sont plutôt à destination des patients :

- **La mise en garde**
  Une bonne pratique est d'afficher un message d'avertissement ("disclaimer") sur les sites diffusant de l'information médicale pour mettre en garde les patients que celle-ci ne peut en aucun cas se substituer à une consultation avec un médecin.

- **La confidentialité des informations**

- **L'accessibilité aux handicapés**

2.3.3 Les critères de qualité des recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Les RPC sont des « *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » (18).

Les RPC disposent de leurs propres critères d'évaluation. Il s'agit de la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique qui est une traduction française de la grille AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument).
La AGREE collaboration a établi la grille AGREE I en 2002 puis l'a réactualisé en 2009 : AGREE II (19).
Cette grille est générique et peut être appliquée à tout type de RPC.

Plusieurs domaines sont évalués dans la grille AGREE II

- **Domaine 1. Champ et objectifs**
  1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
  2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
  3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

- **Domaine 2. Participation des groupes concernés**
  4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
  5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.

6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

- **Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC**

  7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
  8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
  9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
  10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
  11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
  12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
  13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
  14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

- **Domaine 4. Clarté et présentation**

  15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
  16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
  17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

- **Domaine 5. Applicabilité**

  18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles
  19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
  20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.
  21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

- **Domaine 6. Indépendance éditoriale**

  22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.
  23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

2.3.4 La qualité de l'information médicale selon la HAS

Suite à une réflexion sur plusieurs articles, rapports, entretiens..., la HAS a retenu plusieurs critères pour évaluer la qualité de l'information médicale disponible sur tous supports (7) : une information de qualité doit être indépendante, neutre, précise, complète, exacte, chiffrée, rigoureuse, loyale, validée et référencée.

3 Les professionnels face à l'information : États des lieux des connaissances

3.1 Informatisation et accès à Internet des médecins généralistes en France

Une étude de 2009 sur 255 médecins français (20) nous informe que 92.5% des médecins ont un ordinateur, qu'ils sont 89% à avoir accès à Internet et que 91.1% télétransmettent les feuilles de soins.

3.2 Les sources d'information des médecins généralistes

Concernant Internet, l'étude quantitative de 2009 sur 255 médecins français (20) nous apprend que Google est utilisé par 89.9% des patients informatisés, 35.6% ont l'habitude de faire des recherches via des bases de données telles que PubMed ou CISMeF et 2.6% déclarent avoir recours à d'autres ressources comme : Univadis[5], *Prescrire*[6], Bibliomed[7] et les sites de la HAS et de l'ANSM.

Nous apprenons, sur un travail qualitatif assez récent (21), en 2011, que les sources web, plébiscitées par les médecins généralistes, en consultation, sont :

- Google[8]
- CISMeF
- le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT)[9],
- les répertoires de recommandations
- les sites des sociétés savantes et des universités.

La méthode utilisée, dans cette étude, était les focus groups et la population testée comptait 19 médecins : des médecins enseignants ou participant à un groupe de pairs, essentiellement.

De manière plus générale, une étude quantitative de 2008 sur 137 médecins adhérents à l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues (UNAFORMEC) (8) montre que les sources d'information les plus citées étaient :

- les revues généralistes (105 médecins / 137)
- Google (103/137)
- la HAS (88/137)
- les livres (80/137)

[5] http://www.univadis.fr/
[6] http://www.prescrire.org/fr/
[7] http://www.unaformec.org/publications/accesbibliomed.html
[8] https://www.google.fr/?gws_rd=ssl
[9] http://www.lecrat.org/

Les médecins utilisent donc une information de qualité variable lors de leur autoformation : ils peuvent chercher sur des ressources douteuses comme Univadis, le portail du laboratoire pharmaceutique Merck, mais également sur des ressources plus intéressantes comme *Prescrire* ou CISMeF.

3.3 L'évaluation de la qualité de l'information

Il est difficile de trouver une étude traitant de la qualité de l'information, à proprement parler.
En ce qui concerne la fiabilité de l'information, elle a été étudiée sur plusieurs travaux.

En 2009, deux enquêtes quantitatives ont été réalisées sur une population de médecins généralistes participant à des listes de discussions Mglist et Mgclinique. Il leur a été demandé de choisir les sources d'information les plus fiables parmi une liste. On note une grande confiance accordée à *Prescrire* dans les deux groupes de médecins, une confiance moyenne pour la HAS, une confiance moindre pour les revues et les FMC des laboratoires pharmaceutiques (22). Mais nous ne connaissons pas la définition de la fiabilité pour les médecins interrogés.

En 2007, le sondage de l'Ipsos et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'information des médecins généralistes sur le médicament repose sur une étude qualitative sur 36 médecins et quantitative sur 600 médecins. L'indice de confiance est élevé pour la HAS et l'ANSM, il est important pour les confrères et *Prescrire* (23). Toutefois, le volet quantitatif de l'étude s'est intéressé à l'importance des sources et "importance" est un terme ambigu. Nous ne pouvons savoir si le terme se rapporte à la qualité de ces sources.

3.4 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour l'accès à l'information

Dans son travail de thèse réalisé en 2009 (24), E.Bernard s'est intéressé aux obstacles que rencontrent les médecins généralistes lors de l'utilisation de l'Internet comme outil de recherche documentaire. Dans la revue de littérature réalisée entre 1997 et 2005 ainsi que dans son enquête de 2009, nous retrouvons plusieurs obstacles, notamment :

- l'absence de formation
- un âge "avancé"
- un manque de temps
- une préférence pour d'autres sources (exemple les sources papier)
- un problème d'accessibilité (défaut d'accès à Internet, problèmes de connexion)
- une méthode de recherche complexe sur certains sites ou portails d'accès à l'information
- le coût pour l'accès à l'information
- la barrière linguistique
- la crainte liée à la technique
- la surabondance d'information nécessitant un tri

- un doute sur la fiabilité des informations
- un manque de pertinence des informations

La plupart de ces difficultés sont, également, retrouvées dans l'étude quantitative de 2008 qui traite du besoin d'information des médecins généralistes (8). Cette étude inclut la recherche d'informations sur les sources papier.

4 Matériel et Méthode

4.1 Choix de l'étude

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés pour pouvoir répondre à la question de recherche. La théorie ancrée ou *grounded theory* a été utilisée.

4.2 Choix de l'échantillon

4.2.1 Choix du groupe de médecins

Les médecins ont été sélectionnés parmi une population de médecins généralistes installés au Pays Basque français en 2013.

4.2.2 Choix des médecins

60 médecins généralistes ont été choisis parmi les 288 installés au Pays Basque.
La liste des 288 médecins a été réalisée à partir d'une recherche sur le site *www.pagesjaunes.fr*.
Il a fallu taper "médecins généralistes" dans le département "64", la case "médecin généraliste" a été cochée uniquement, les exercices particuliers tels qu'acupuncture, homéopathie ou autres... n'ont pas été pris en compte.
La recherche a ensuite été restreinte aux localités situées dans le Pays Basque. Puis 60 médecins ont été tirés au sort avec le logiciel *Hasard* [10].

Initialement, une lettre de présentation du projet de thèse (annexe 2, p 150) a été envoyée aux médecins afin d'expliquer l'objectif du travail et le déroulement de l'entretien. Il était proposé aux médecins motivés de me contacter s'ils étaient volontaires.
Une semaine après, les médecins ont été appelés un par un, dans l'ordre du tirage, pour ceux qui n'avaient pas encore accepté (cinq médecins ont donné leur accord au préalable). La durée de l'entretien (une vingtaine de minutes) a été rappelée aux médecins.
Une rencontre a été organisée, pour ceux qui acceptaient, au cabinet, dans les trois semaines qui suivaient l'appel téléphonique.

[10] http://www.logitheque.com/logiciels/windows/loisir_famille/loto_keno/telecharger/hasard_30253.htm

4.3 L'entretien

4.3.1 L'investigateur

L'ensemble des entretiens ont été réalisés par Élodie Léon.

Ces entretiens étaient enregistrés par deux dictaphones pour pallier le dysfonctionnement éventuel de l'un :

- un dictaphone Voice Tracer de Philips
- un smartphone IPhone 4 avec une application dictaphone

Les dictaphones étaient placés sur le bureau des médecins à égale distance des deux intervenants.
Il fallait, au préalable, recueillir l'accord de l'interviewé pour l'enregistrement.
Pour chaque interview, une grille d'entretien était disponible et permettait d'ajouter des annotations.

4.3.2 Conduite de l'entretien

L'entretien semi-directif à usage exploratoire, en face à face a été choisi.

4.3.3 Guide de l'entretien (Annexe 3, p 151)

Le guide d'entretien comptait 5 parties :

- les caractéristiques des médecins généralistes
- la recherche documentaire
- la qualité de l'information
- l'opinion des médecins sur différentes sources
- les difficultés rencontrées lors de la recherche d'informations
- les solutions envisageables pour avoir accès facilement à une information de qualité

4.4 Retranscription et analyse des discours

Pour rendre le travail de formulation des résultats de l'étude plus aisé, il était préférable de retranscrire les entretiens oraux par écrit. Tous les enregistrements sonores ont été écoutés avec une vitesse ralentie, en même temps, le texte était tapé à l'aide du traitement de texte Word 2007.

4.5 Synthèse des résultats

La citation d'extrait d'entretien a été retenue et les résultats ont été organisés en thèmes et sous thèmes avec l'aide du logiciel NVivo[11].

[11] http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx

5 Résultats

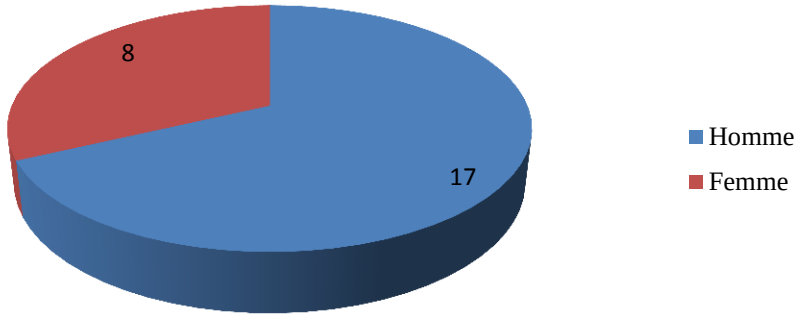
J'ai réalisé 25 entretiens du 25 mai au 21 juin 2013. Les interviews ont duré de 14 minutes à 1 heure 04 minutes. 3 médecins ont refusé l'entretien et 3 ont refusé l'enregistrement. La saturation des données a été obtenue lors de l'entretien de M24, cela a été vérifié lors de l'interview de M25. Trois entretiens supplémentaires devaient être réalisés mais ont été déprogrammés devant la saturation des données.

5.1 Caractéristiques des médecins interviewés

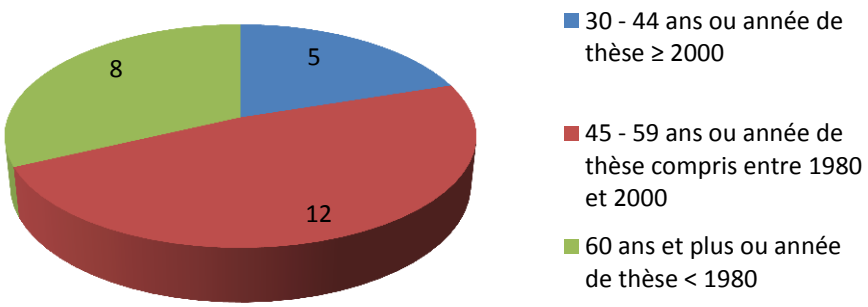
Médecin	Âge	Année de thèse	Mode d'exercice	Formateur FMI	Lieu	Sexe
M1	58 ans	1983	Groupe	OUI	Bayonne	Homme
M2	62 ans	1977	Groupe	OUI	Anglet	Homme
M3	59 ans	1982	Groupe	OUI	Biarritz	Homme
M4	69 ans	1971	Seul	OUI	Ascain	Homme
M5	56 ans	1983	Groupe		Saint-Jean-de-Luz	Femme
M6	64 ans	1976	Groupe		Bayonne	Homme
M7	52 ans	1989	Seul		Urt	Homme
M8	57 ans	1982	Seul		Biarritz	Homme
M9	47 ans	1998	Groupe		Saint Palais	Homme
M10	36 ans	2007	Groupe	OUI	Bayonne	Femme
M11	48 ans	1993	Seule		Commune de 2000 habitants (hab.)	Femme
M12	65 ans	1977	Groupe		Bayonne	Femme
M13	34 ans	2009	Groupe		Anglet	Homme
M14	58 ans	1984	Groupe		Cambo	Femme
M15	65 ans	1975	Seul		Ustaritz	Homme
M16	61 ans	1978	Groupe		Cambo	Homme
M17	64 ans	1974	Groupe	OUI	Bayonne	Homme
M18	48 ans	1996	Seul		Ciboure	Homme
M19	49 ans	1994	Seule		Larressore	Femme
M20	58 ans	1994	Seul		Commune de 1900 hab.	Homme
M21	40 ans	2004	Groupe		Cambo	Femme
M22	64 ans	1975	Groupe		Saint-Jean-de-Luz	Homme
M23	58 ans	1982	Groupe		Sare	Homme
M24	41 ans	2000	Groupe		Biarritz	Homme
M25	39 ans	2002	Seule		Commune de 6100 hab.	Femme

Un portrait des médecins interrogés est disponible en Annexe 4, p 153.

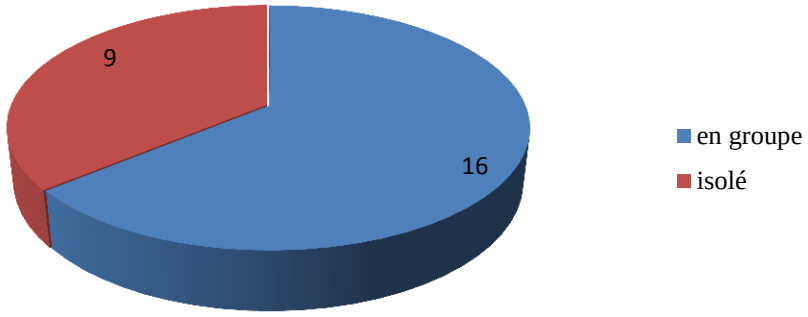
5.1.1 Répartition par sexe



5.1.2 Répartition par groupe d'âge



5.1.3 Répartition par mode d'exercice



2 médecins ne se souviennent pas de l'année exacte de la soutenance de leur thèse (M12 et M24).

> *M12 : « Aucune idée, je ne sais pas, en 1977, quelque chose comme ça ou 1980 ou je ne sais pas, peut-être en 1979 »*
> *M24 : « Ouh là, ah ouai, euh, faudrait que je cherche exactement ça, depuis une dizaine d'années, je pense, aux alentours de 2000 car j'ai dû la passer pour pouvoir continuer à faire des remplas donc ça doit faire dans ces eaux-là, il y a au moins une dizaine d'années »*

5.1.4 L'informatisation des médecins

Tous les médecins interviewés possèdent un ordinateur.

5.1.5 L'accès à Internet

- **Tous les médecins ont accès à Internet à leur cabinet.**

  Un médecin M23 a accès à Internet avec un bas débit.

  M23 : « à Sare, on appuie, on va boire le café et on revient »

- **2 médecins M19 et M20 n'ont pas accès à Internet à leur domicile.**

5.1.6 La formation médicale initiale (FMI)

- **La totalité du groupe des moins de 45 ans (M10, M13, M21, M24 et M25) a reçu un enseignement à la lecture critique d'article (LCA) et à l'Evidence-Based Medicine (EBM) pendant sa formation initiale.**
  Certains émettent quelques réserves quant à la maîtrise de ces enseignements (M10 et M13)

  M10 : « même si je ne suis pas très au point ! (rires) »
  M13 : « c'était vraiment au tout début, ce sont plutôt les maîtres de stage qui nous en ont parlé à la fin, c'est pendant l'Internat »

- **2 médecins du groupe des 45 – 60 ans ont entendu parler de la LCA (M9 et M18), ces médecins ont soutenu leur thèse, en 1998 et 1996 respectivement.**

  M9 : « Lecture critique d'articles, oui »
  M18 : « à la fin de mes études, lors de mes diplômes »

- **La totalité du groupe des plus de 60 ans ainsi que les autres médecins du groupe des 45 – 60 ans n'ont pas reçu cet enseignement.**
  La raison évoquée est que l'EBM et la LCA se sont développées plus tard.

  M2 : « Non ça n'existait pas
  -LCA non plus ?
  -Non »
  M5 : « À l'époque ça n'existait pas »
  M6 : « Euh, pendant mes études ? Ah non »
  M14 : « Ben non, ça n'existait pas tout ça, ça n'existait absolument pas, j'ai fini mes études bien avant, j'ai quitté la fac, en 1980 », « la médecine basée sur les preuves nous on n'y était pas du tout du tout, la pharmacopée, les études, il y avait très peu d'études, elles n'étaient pas en double aveugle et même, on peut faire dire ce que l'on veut, surtout si on prend des critères par la suite, donc, on n'avait pas du tout cette culture et il y en avait très très peu et en France ce n'était pas la culture du tout , il y avait des études, mais on ne communiquait pas comme maintenant »

5.1.7 La formation médicale continue (FMC)

	Revues	Séminaires ou réunions	Groupe de pairs
M1	*Prescrire* (l'intégrale test de lecture mensuel les thématiques tous les 3 à 4 mois)	en tant qu'expert 3 par an	Oui
M2	*Prescrire* (l'intégrale)	MGForm 2 par an	1 toutes les 6 semaines
M3	*Prescrire* (l'intégrale test de lecture mensuel les thématiques)	MGForm 1 à 2 par an	1 fois par mois pendant 10 mois
M4	Le Concours Médical	la Société médicale du Pays Basque (SMPB) 1 fois par mois Université 1 fois par an	**Non**
M5	*Prescrire* *Pédiatrie Pratique* *La Revue Française du Dommage Corporel* *La Revue du Praticien*	Université 4 jours par an Congrès de Pédiatrie Médecine Légale 1 fois par an Médecine du sport	**Non**
M6	**Non**	Lagunak 1 fois par mois Université 1 à 2 par an Preuve et Pratique	**Non**
M9	**Non**	1 à 2 par mois	**Non**
M10	*Prescrire* (Test de lecture) Pratique	MGForm 2 par an	**Non**
M11	*Prescrire*	Séminaires 2 par an Réunions 1 par mois	**Non**
M12	*Prescrire* *Le Concours Médical*	Lagunak	1 fois par mois
M13	*Prescrire* (Test de lecture mensuel)	**Non**	Oui
M14	*Prescrire* (Les thématiques tous les 3 à 4 mois)	Université 1 à 2 par an Les Journées Nationales de Médecine Générale Preuve et Pratique 1 fois par an	**Non**
M16	*Prescrire* *La Revue du Praticien*	Université	**Non**
M17	*Prescrire* *La Revue Française du Dommage Corporel*	MGForm 2 fois par an	1 fois par mois
M18	**Non**	Groupe d'Enseignement Médical Agréé (GEMA) UNAFORMEC 2 par an	**Non**
M20	**Non**	1 tous les 2 ans	**Non**
M21	*Prescrire* *La Revue du Praticien*	2 à 4 par an MGForm	**Non**

		SMPB	
M22	*Prescrire*	Laboratoires pharmaceutiques Autres 1 ou 2 par mois	**Non**
M23	*Prescrire* *La Revue de Gériatrie* *Escarre*	Université Diplôme Universitaire (DU)	**Non**
M25	**Non**	École d'homéopathie 2 jours par mois	**Non**

5.1.7.1 Aucune FMC

- **5 personnes disent ne pas faire de FMC (M7, M8, M15, M19 et M24).**
  Les 3 groupes sont représentés, on peut noter une majorité de médecins appartenant au groupe des 45 – 60 ans.

  Toutefois, 2 médecins sont abonnés et lisent des revues, mais ils n'ont pas classé cette activité dans la FMC (M19 et M24)

  M19 : « En premier, je lis La Revue du praticien, en deuxième Le Concours médical »
  M24 : « Prescrire pour les médicaments »

- **M24, seul représentant du groupe des moins de 45 ans, évoque une raison personnelle, mais ajoute qu'il devrait y participer.**

  M24 : « Non je devrais, mais, pour des raisons familiales, je n'ai pas fait, mais je sais que je devrais le faire »

  Les médecins qui ne font pas de FMC se "déculpabilisent" en évoquant leur participation passée (M8 et M15).

  M8 : « J'en fais plus »
  M15 : « J'en ai fait mais plus maintenant »

  M19 me demande, en aparté, de ne pas écrire qu'elle n'en fait pas.

5.1.7.2 Les médecins qui font de la FMC

20 médecins déclarent participer régulièrement à de la FMC (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M16, M17, M18, M20, M21, M22, M23 et M25).

5.1.7.2.1 L'abonnement à des revues

15 médecins sont abonnés à des revues.

- ***Prescrire***

  ***Prescrire* est "déclarée" la revue la plus lue (14 médecins sur 15).**

  M2, M5, M11, M12, M16, M17, M21 et M22 ont un abonnement simple à *Prescrire* ou à l'intégrale de *Prescrire*, mais ne l'intègrent pas dans la FMC.
  M23 l'intègre dans la FMC, car je lui ai donné la définition de la FMC en lui posant la question.

  M16 : « La presse, c'est Prescrire »
  M17 : « Prescrire, oui c'est vrai, j'avais oublié les fondamentaux, comme quoi c'est tellement devenu une habitude »

  M1, M3, M10, M13 et M14 ont un abonnement à *Prescrire*, mais participent également au test de lecture mensuel et/ou aux thématiques.
  M10 n'intègre pas la revue *Prescrire* ainsi que le test mensuel, spontanément, dans la FMC.

  M1 : « Je participe aux lecteurs émérites de Prescrire, aux dossiers documentaires de Prescrire qui sont évalués tous les 3 ou 4 mois, là je participe à une DPC en ligne sur les AVK »
  M3 : « test Prescrire mensuel plus suppléments de Prescrire auxquels je suis abonné aussi, ceux-là (il me les montre) les thématiques, on va dire »
  M10 : « Prescrire, je reçois le numéro donc je me force à lire et à remplir le questionnaire tous les mois »
  M13 : « je participe au test de lecture Prescrire »
  M14 : « je fais les formations Thématiques Prescrire »

  M5 déclare participer à des formations organisées par la revue *Prescrire*.

  M5 : « je fais des formations, ils font des séminaires pour des formations »

- ***La Revue du Praticien***

  3 médecins y sont abonnés (M5, M16 et M21).

- ***Le Concours Médical***

  2 médecins y sont abonnés (M4 et M12).

  M4 : « je suis abonné au Concours Médical »
  M12 : « à la maison on est abonné à Prescrire et Le Concours médical »

5.1.7.2.2 Les séminaires et réunions

19 médecins participent à des séminaires.

- **5 médecins déclarent participer à des séminaires ou réunions sans préciser (M1, M9, M11, M20 et M22).**

  M1 : « je participe à la FMC en tant qu'expert généraliste, je fais 3 expertises par an »
  M9 : « ce soir on a une réunion sur les AVC avec un cardiologue »
  M11 : « de temps en temps, je vais faire une formation de 2 jours sur tel et tel sujet »

- **6 médecins participent à des séminaires organisés par l'Université (M4, M5, M6, M14, M16 et M23).**

  M4 : « je suis la FMC de l'Université, on a une grosse réunion annuelle qui est une réunion qui est très intéressante, car elle dure tout au long de la journée et on a des thèmes multiples, la durée d'exposé est en gros de 20 à 30 minutes »
  M5 : « je vais à une journée de médecine générale à la fac à Toulouse par an, je vais à deux journées de pharmaco par an avec la fac de Toulouse, une journée de toxico en général à Toulouse aussi parce que je fais en fonction de mes dadas », « j'ai fait un diplôme de médecine légale, je vais à des formations de médecine légale 1 fois par an, à force je sais plus, de temps en temps je vais au truc de médecine du sport, je fais grosso modo au moins 10 jours de formation par an »
  M6 : « alors, après, des séminaires 1 ou 2, j'aime bien aussi, je vais au truc de... pas régulièrement, pas tous les ans, à Bordeaux, vous avez une journée médicale comme les entretiens de Bichat, ça dure une journée avec l'Université »
  M14 : « je m'en vais un peu à la fac »
  M16 : « J'ai fait de la FMC sur Bordeaux », « je vais à la formation de l'hôpital »
  M23 : « Moi, je vais à des séminaires style, je ne sais pas moi, cours intensif de gériatrie à Toulouse, réunions, congrès des unités Alzheimer à Paris », « j'ai passé la capacité de gériatrie et trois DU depuis », « Les DU oui, parce que j'ai fait escarre à Angers, psychogériatrie à Limoges et maladie d'Alzheimer à Bordeaux, il y a des formations qui ne sont pas validantes, j'en ai fait pendant toute ma carrière en médecine générale »

- **7 médecins participent à des séminaires organisés par des institutions (M2, M3, M10, M17, M18, M21 et M25).**

  M2 : « J'ai fait que des FMC de 2 jours et maintenant moins, on va dire que pendant ces 5 dernières années j'ai dû en faire 4 ou 5 par an de 2 jours pendant 5 ans, cette année, là je vais en faire 2, parce que là je me range un peu des voitures
  -Des séminaires MGForm ?
  -En particulier mais pas que, mais essentiellement MGForm »
  M3 : « des séminaires MGForm »
  M10 : « c'était des FMC par des organismes MGForm et le parisien, j'oublie toujours ou SFMG une fois »
  M17 : « je participe à des formations dans le cadre de MGForm »
  M18 : « je participe à 2 séminaires indemnisés par an avec le GEMA et l'Unaformec »
  M21 : « MGForm en général »
  M25 : « Je suis inscrite dans une école d'homéo »

- **6 médecins participent à des soirées sponsorisées par des laboratoires pharmaceutiques (M4, M6, M12, M14, M21 et M22).**

M4 : « la Société Médicale du Pays Basque, la Société Médicale du Pays Basque, j'y suis actif depuis le début des années 1973 »
M6 : « Des réunions mensuelles avec un groupe de médecins, euh Lagunak », « il y a aussi Preuve et Pratique, j'y vais aussi »
M12 : « je fais partie de Lagunak »
M14 : « j'essaie d'aller aux journées de médecine générale », « je fais aussi la formation avec, c'est sur une journée "Preuve et Pratique" sur une vingtaine de minutes par sujet, les journées généralistes ce sont des trucs un peu plus longs, c'est surtout avec Preuve et Pratique qui revient sur les bases fondées sur les preuves, ça c'est sur une vingtaine de minutes, mais c'est un peu répétitif »
M21 : « puis il y a des soirées de la Société Médicale du Pays Basque »
M22 : « Oui, de temps en temps, une FMC organisée par des labos »

5.1.7.2.3 Les groupes de pairs

6 médecins participent à des groupes de pairs (M1, M2, M3, M12, M13 et M17) dont 4 médecins enseignants (M1, M2, M3 et M17).

M2 : « c'est l'autre partie de la FMC, ce sont des séances de groupe de pairs, une soirée toutes les 6 semaines »
M3 : « je fais partie d'un groupe de pairs »
M12 : « je fais partie d'un groupe de pairs »
M13 : « Oui, je fais partie d'un groupe de pairs »
M17 : « Je fais partie d'un groupe de pairs »

M1 ne l'intègre pas dans la FMC.

M1 : « je fais partie d'un groupe de pairs, mais ça ne fait pas partie de la FMC pour moi »

5.1.7.3 Les Freins à la FMC

5.1.7.3.1 Le manque de temps et une mauvaise organisation de leur emploi du temps

Pour M14 et M20, il faut trouver du temps pour se former.

M14 : « je ne fais pas autre chose car tout ça, ça prend beaucoup de temps, ce n'est déjà pas mal »
M20 : « Oui, au départ, j'avais La Revue du praticien en médecine générale, j'avais tout ça, j'en avais plein partout et j'ai tout foutu à la poubelle, il y a un an parce que c'était périmé et que je

n'avais pas le temps de les lire », « non, je m'y suis pas abonné parce que je me rendais compte que je ne trouvais pas le temps de les lire »

M13 aurait envie de se former plus, mais il a des difficultés à gérer son planning en fonction des formations et séminaires.

M13 : « j'ai envie, mais je n'ai pas trouvé le bon truc au bon moment »

5.1.7.3.2 La proximité de l'âge de départ à la retraite

On retrouve un intérêt moindre pour la formation continue chez les médecins qui vont partir prochainement à la retraite et notamment pour M2.

M2 : « J'ai fait que des FMC de 2 jours et maintenant moins, on va dire que pendant ces 5 dernières années j'ai dû en faire 4 ou 5 par an de 2 jours pendant 5 ans, cette année, là je vais en faire 2, parce que là je me range un peu des voitures »

5.1.7.3.3 Le rejet des cours magistraux et la lassitude face à certains types de FMC

M6 n'est plus intéressé par les formations où l'on assiste à un cours magistral et donc sans interactivité.

M6 : « pour vous dire, la semaine dernière, on avait une réunion en psychiatrie, on a fait venir un psychiatre de Lille qui était bien, ce n'est pas un cours magistral, c'était vachement bien d'ailleurs ça pour aborder la schizophrénie sur d'autres versants, on posait des questions, c'est ouvert, ce n'est pas un cours magistral »

M14 use de mots à consonance réductrice et indifférenciée pour qualifier les réunions organisées par les laboratoires pharmaceutiques.

M14 : « Au tout début, j'allais aux EPU, machin, les trucs des labos, mais ça fait très longtemps que j'ai arrêté, car c'était hyper chiant »

Il en est de même pour les groupes de pairs, pour exprimer son désintérêt, elle répète l'adverbe « très » à deux reprises.

M14 : «Non, je finis déjà très très tard donc je trouve ça assez chiant, c'est très très lassant »

5.1.7.3.4 L'indemnisation des séminaires

On retrouve une ambivalence quant à l'indemnisation de la FMC.
M17 évoque la diminution des séminaires indemnisés et donc une formation plus réduite.

> *M17 : « Maintenant les séminaires indemnisés, ça va être 2 par an, avant j'en faisais 4 par an en moyenne »*

Tandis que M5 ne conçoit pas d'être payée pour être formée.

> *M5 : « le fait que l'on me dise et que l'on me paye pour une formation, je trouve ça un peu.... J'ai toujours payé mes formations et étais où je voulais et je n'aime pas que l'on essaie de me coincer »*

5.1.7.3.5 L'intérêt d'un examen final pour s'approprier le savoir acquis lors de la FMC

Pour M23, on ne tire profit de sa FMC que si l'on est questionné sur ses connaissances à la fin du cursus.

> *M23 : « pour rentrer à la maison, vous avez votre document, vous le mettez sur l'étagère en vous disant que vous savez où il est, 10 ans après, vous le prenez et vous vous dites : "Tiens, c'est vrai, j'avais ça" , c'est un peu comme ça que ça fonctionne alors que quand on passe un DU il y a un exam, moi maintenant je le mets sur l'ordonnance, mais vous avez un mémoire, un exam, donc vous vous y collez »*

5.1.7.4 La motivation est nécessaire pour la formation continue

M4 me fait part de sa soif d'apprendre. Il fait une analogie, tout le long de l'entretien, entre la FMC et la nourriture.
La motivation paraît donc être un critère majeur de participation à la FMC.

> *M4 : « j'aime bien ce genre de journée, car vous avez de quoi manger : de la diabèto, de la cardio, de la psy, de la géronto et de la pédiatrie et en plus même, il y a une formule que je trouve pas mal et que j'adopte systématiquement c'est l'atelier repas. »*

5.1.8 Enseignement à la recherche documentaire

16 médecins n'ont jamais reçu ce type d'enseignement (M4, M5, M7, M8, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M18, M19, M20, M21, M22 et M23)

9 médecins ont reçu cet enseignement (M1, M2, M3, M6, M9, M10, M17, M24 et M25)

5.1.8.1 Les raisons évoquées par les 16 médecins qui n'ont pas reçu cet enseignement

5.1.8.1.1 Leur âge

M11 et M23 pensent être trop vieux pour cela.

> *M11 : « Non je suis trop âgée sans doute »*
> *M23 : « Non trop vieux »*

5.1.8.1.2 "Ils n'en ont pas besoin"

- Selon M4, il n'y a pas de nécessité d'être formé à la recherche documentaire, car nous disposons d'une grande quantité d'informations.
  On peut noter l'analogie entre la nourriture et l'information que ce médecin emploie à nouveau.

  M4 : « Non je sais que je peux, si vous voulez, je sais, ce qui m'importe c'est que si je veux me documenter sur un thème précis, j'ai la fac et j'ai Internet où il y a quand même des choses c'est impressionnant », « ils ont tout sur Internet, sur la SEP, j'ai eu de quoi manger »

- Le médecin par sa spécialité de généraliste n'a pas l'utilité de cet enseignement (M14). Sur ce sujet, M14 a tendance à s'emporter.

  M14 : « Non jamais, ça ne se fait pas du tout ça, est-ce que ça apporte quelque chose pour un médecin généraliste installé depuis longtemps ? »

5.1.8.1.3 Le manque de temps

M14 évoque le manque de temps, nous retrouvons également l'analogie avec la nourriture qui, pour ce médecin, nécessite un temps de « digestion » pour être mieux absorbée.

> *M14 : « On n'a pas le temps de lire des articles, on a un métier hyper crevant, on fait énormément de paperasse, donc, on va à l'essentiel, on n'a pas le temps, on attend qu'on nous amène des choses bien digérées et prêtes à être ingurgitées, on ne fait bien que les choses que l'on fait souvent »*

5.1.8.2 Les 9 autres médecins ont reçu cet enseignement dans le cadre de :

5.1.8.2.1 Leur activité de médecins enseignants

C'est le cas pour M1, M2, M3 et M17. M2 est également expert pour ce type de formation.

> *M1 : « J'ai eu ma formation à la recherche documentaire quand je me suis formé à la pédagogie pour enseigner mais ça faisait partie de la FMC »*
> *M2 : « Par la suite oui, j'ai fait des formations, des séminaires de lecture critique, de recherche, j'en ai même l'expertise après, je me suis formé, j'ai fait au moins 2-3 formations de 2 jours sur la LCA et la recherche biblio et je suis intervenu comme expert dans des séminaires de FMC et je fais des cours en FMI là-dessus, c'est un cours de 4h en module 1, c'est un cours de 4 h, 2 fois 2 h que j'ai faits 3 ou 4 fois »*
> *M3 : « Ça date de quand j'ai commencé à me former à la pédagogie au début de la FMC, on va dire début des années 90 mais pas avant ça c'est sûr et certain, c'est vraiment le début de la FMC, euh, début de la FMC qui n'était pas indemnisée, les premiers séminaires, donc ça doit dater de 90 et quand je suis allé me former au CNGE à Paris »*

5.1.8.2.2 Pour le travail de thèse et lors de la formation médicale initiale

C'est le cas du groupe des moins de 45 ans essentiellement (M10, M24 et M25).

> *M10 : « non je l'ai appris, je l'ai fait et refait, j'ai du mal quand même, avec un des médecins avec qui je travaille qui lui l'a eu et puis, pendant ma thèse, ça avait commencé là, et après on a fait des révisions (rire) »*
> *M24 : « Je l'ai fait quand j'ai fait ma thèse parce que j'ai fait une thèse, c'était énormément d'articles, c'était sur le suicide médicalement assisté »*
> *M25 : « en particulier pendant ma thèse »*

M9 a reçu cet enseignement pendant ses études.

> *M9 : « Moi à la fac oui, on avait eu quelques heures pour nous expliquer comment rechercher un article,oui on avait ce type d'enseignement»*

5.1.8.2.3 M6 n'est ni enseignant, ni expert, il y a participé dans le cadre de la FMC.

5.1.9 Maîtrise de l'anglais

- **7 médecins maîtrisent l'anglais (M5, M7, M9, M13, M18, M20 et M24).**
  Ce ne sont que des médecins du groupe des moins de 45 ans et des 45 – 60 ans.

  M24 explique qu'il est plus facile de maîtriser l'anglais technique médical.

  M24 : « Oui, je ne suis pas très bon en anglais, mais comme c'est un vocabulaire technique, ce sont toujours les mêmes mots qui reviennent, les mêmes termes, quand vous avez cherché une fois dans le dico, s'il y en avait vingt qui posaient problème, après la grammaire et tout, ce n'est pas du Shakespeare donc ça va »

- **9 médecins ont des difficultés pour comprendre l'anglais (M2, M8, M11, M15, M16, M19, M21, M22 et M25)**

  M2 : « Maîtriser non, je baragouine et j'ai beaucoup de mal à traduire, mais je m'efforce de lire des études, j'ai du mal quand même, je me débrouille difficilement, entre 0 et 5 je suis à 2 si 5 c'est parler couramment, je suis à 2 mais ça me suffit presque pour pouvoir accéder quasiment à la plupart des articles, si j'étais à 3, je serais bien, il n'y a pas forcément besoin de savoir bien parler anglais, je suis à 2 mais faudrait que je sois à 3 »
  M16 : « Just a little, lire je vais le lire, comprendre, euh je comprends les grandes lignes »
  M21 : « Hou là, avec le dictionnaire à côté »
  M22 : « Lire difficilement, je préfère les articles en français (rires) »
  M25 : « Ça dépend, je ne peux pas dire que c'est un exercice très facile, mais si je m'y colle avec un peu de temps, j'arrive quand même »

- **7 médecins ne maîtrisent pas l'anglais (M1, M3, M6, M10, M12, M14 et M17)**

  M1 : « Maîtriser non… Je ne lis rien en anglais »
  M3 : « Du tout et puis je n'ai pas envie du tout, du tout »

  2 médecins ne veulent pas lire d'écrit en anglais (M4 et M23)

  M4 : « Alors oui, mais je vais vous répondre, vous allez penser que vous êtes chez un original, je maîtrise l'anglais parfaitement, j'étais bon élève, mais actuellement je me refuse de le parler parce que je suis extrêmement inquiet de l'évolution actuelle, de la perte du français, je suis adhérent d'une association, Association des usagers de la langue française »
  M23 : « Non je ne fais aucun effort, j'en lis, mais ça me fait chier, honnêtement, pour mon activité, j'ai largement de quoi lire en français, sinon je ne comprends rien ou pas grand-chose »

5.2 La recherche documentaire et les sources d'information des médecins généralistes

5.2.1 Investissement dans la recherche documentaire

5.2.1.1 Temps consacré

Les médecins ont évalué le temps qu'ils consacrent pour chercher des réponses à leurs questions ainsi que le moment choisi pour cette activité.
Beaucoup de médecins ont présenté des difficultés pour quantifier. Le temps de recherche semblait variable selon les moments (M1, M2, M3, M6, M10, M11, M13, M16, M17, M21, M22, M23 et M24).

M1 : « Combien j'y consacre par semaine, au moins... au minimum 2h/semaine, en répartie une demi-heure en live avec les patients et une heure trente tout seul »
M2 : « Ffff, ça c'est très variable »
M3 : « Par semaine ? (Il réfléchit) 1 h, c'est le maxi, ah non pas plus, maxi 1 h
M6 : « Je ne sais pas, euh, pour chercher une question qui me tarabuste, ça peut être 1 ou 2 h par semaine »
M10 : « C'est vachement dur comme question… Ben alors (rires) c'est dur à évaluer par semaine, ça dépend, il y a des semaines où j'ai pu passer des heures et des heures, je dirais 2h/semaine en moyenne »
M11 : « Je ne fais pas beaucoup de recherches (rires) je ne sais pas 1 à 2heures, 1heure ça passe vite quand on commence à chercher »
M13 : « (Il siffle) une demi-heure trois-quarts d'heure, je pense grosso modo, c'est très variable, il y a des semaines où tu te poses beaucoup de questions et d'autres... »
M16 : « Franchement, je ne sais pas, ça peut être 1 h par jour, ça peut être 1 h par semaine, ça dépend des moments, je ne m'impose pas un travail personnel régulier pour répondre sincèrement, ça dépend des pathologies que je rencontre des interrogations que j'ai et des patients qui me sollicitent quoi »
M17 : « Franchement, euh, j'en sais rien du tout parce que maintenant je délègue comme il y a des internes, c'est très bien voilà »
M21 : « Je n'en ai aucune idée, ça dépend des semaines, des fois c'est une demi-heure par jour, des fois beaucoup moins »
M22 : « Je n'ai aucune idée là, non enfin, ça dépend, je peux chercher les choses pendant 20-30 min puis après quelquefois c'est en 2 min qu'on a une réponse, mais bon savoir combien de fois par semaine ça je n'ai pas d'idée »
M23 : « Houuuuuuuuuuu, aucune idée, combien de temps je peux y passer par semaine ? »
M24 : « (Il réfléchit) c'est au coup par coup, ça dépend des besoins que j'ai, si je devais faire une moyenne »

	Temps passé par semaine	Moment (pendant ou en dehors de la consultation)
M1	2 h (avec des pics à 12 h)	1 h30 en dehors 30 min pendant
M2	Entre 1 h et 1 h30	Surtout en dehors Rarement pendant
M3	1h	Plutôt en dehors Parfois pendant
M4	2 ou 3 h	En dehors
M5	1 ou 2 h	Pendant et en dehors
M6	1 à 2 h	Plutôt en dehors
M7	1 h à 1 h30 (15 min/jour)	Plutôt en dehors
M8	1h	Souvent pendant
M9	5 à 10 min	Pendant
M10	2h	En dehors en général
M11	1 à 2 h	Plutôt en dehors
M12	30 min	Plutôt en dehors
M13	30 à 45 min	Plutôt pendant
M14	**Ne fait pas de recherche**	Si oui, plutôt pendant
M15	**Ne fait pas de recherche**	
M16	1h/jour à 1h /semaine	Toujours en dehors
M17	**Délègue ses recherches à sa stagiaire**	Pendant
M18	**Fait surtout appel aux médecins spécialistes**	
M19	1h	Surtout en dehors
M20	45 min	Plutôt pendant
M21	Parfois 30 min/jour parfois moins	Souvent en dehors
M22	Parfois la recherche dure 20 – 30 min parfois 2min	Plutôt en dehors
M23	1h	Plutôt en dehors
M24	1h30 à 2 h	En dehors
M25	Des heures	Pendant

La moyenne du temps consacré à la recherche documentaire est environ 1 h par semaine.

5.2.1.2 Les médecins qui y consacrent le plus de temps

- **Les orientations dans la pratique médicale**

  M5 possède un diplôme universitaire (DU) de médecine légale et de pharmacologie.
  M16 et M23 possède une capacité en gériatrie.
  M25 consacre beaucoup de temps à la recherche dans le cadre de son DU d'homéopathie, ce dernier nécessite une autoformation continue.

M25 : « En homéo, on y consacre des heures parce que si vous voulez, on a 4000 remèdes, les ouvrages d'homéo, j'en ai 6 ou 7 et je les consulte à chaque consultation donc des heures et des heures donc c'est très particulier, il y a plus de recherche, les matières médicales homéo, je les ai tout le temps sous les yeux »

- **Les médecins qui disposent de beaucoup de temps libre (M4)**

M4 : « Pour ce qui est de la lecture d'articles, actuellement j'ai du temps donc je lis relativement beaucoup ça peut être 2 ou 3 h par semaine »

- **L'activité de médecin enseignant (M1 et M2)**

M1 : « ça peut être beaucoup plus en préparation d'expertise, je vais dire en moyenne 2 heures par semaine avec des pics de 12h »
M2 : « je prépare un séminaire en tant qu'expert, là je passe des heures et des heures en moyenne, je pourrais passer, en lissant, entre 30 minutes et une heure par semaine si je fais la moyenne et pour l'enseignement de la FMI, je fais plus, car mes cours sont rodés, mais quand je les ai préparés, j'ai passé beaucoup de temps »

5.2.1.3 Certains médecins ne ressentent pas le besoin de rechercher des informations (M14, M15, M17 et M18)

- **2 médecins vont d'abord avoir recours aux confrères spécialistes pour obtenir une réponse à leurs interrogations (M14 et M18), le manque de temps est, à nouveau, évoquée par M18.**

M14 : « -Dans votre pratique, quand vous vous posez des questions, ça peut arriver ?
-(Elle fait signe de la tête que non)Si j'ai un truc qui me pose problème, je vais le demander au mec qui l'a prescrit, c'est un spécialiste et il me sort une molécule, pourquoi tu mets cette molécule ? »
M18 : « Je fais surtout appel à des confrères spécialistes par contrainte du temps »

- **Certains médecins ne se posent pas de question, notamment parce que les nouveautés sont rares (M14 et M15).**

M14 : « de toute façon, on n'a pas de nouveautés extraordinaires »
M15 : « Non, je ne fais pas de recherches documentaires, je n'ai pas vraiment de questions »

- **M17 délègue ses recherches à son interne stagiaire**

M17 : « maintenant je délègue comme il y a des internes, c'est très bien voilà »

5.2.1.4 Le moment de la recherche

5.2.1.4.1 15 médecins sur 21 recherchent surtout en dehors de la consultation (M1, M2, M3, M4, M6, M7, M10, M11, M12, M16, M19, M21, M22, M23 et M24)

- **Pour ces médecins, s'ils doivent chercher une information pendant la consultation, cela sera en quelques clics pour une question ponctuelle et pour confirmer leur savoir (M2, M4, M6, M10, M12, M22 et M24).**

  M2 : « en consultation, c'est exceptionnel, parfois je fais un clic pour chercher, mais en général en consultation, je fais des clics, mais quand je fais des clics, je vais sur Google, je ne fais pas des vraies recherches, sur Google, je vais chercher un truc ponctuel que j'ai besoin pour me recadrer, mais je n'appelle pas ça des recherches, je vais à la pêche »
  M4 : « devant un patient la seule chose qu'on puisse autoriser c'est de lire le Vidal pour vérifier une posologie »
  M6 : « ça peut arriver pendant la consultation quand j'ai, tac, une idée, je peux essayer de chercher voilà »
  M10 : « ça peut m'arriver pendant une consultation si je suis embêtée mais bon ... »
  M22 : « Non plutôt en dehors sauf si c'est pour des recherches d'effets indésirables ou ... ça je peux le faire au cabinet et devant le patient »

  Ils peuvent également rechercher pendant la consultation afin de partager l'information avec le patient (M12 et M24).

  M12 : « cela a pu arriver une fois ou deux pour confirmer, l'autre jour, j'avais une dame avec des boutons, je lui ai confirmé par les images sur Internet, mais enfin c'est exceptionnel »
  M24 : « après ce que je peux faire avec les patients, c'est chercher des photos pour expliquer des trucs »

- **Certains ne conçoivent pas l'idée de rechercher devant le patient (M4 et M16), ce sont 2 médecins du groupe des plus de 60 ans.**

  M4 : « Voilà, jamais devant le patient »
  M16 : « Después, toujours en dehors, jamais devant »

5.2.1.4.2 5 médecins cherchent surtout pendant la consultation (M8, M9, M13, M20 et M25)

- **Les médecins se posent des questions pendant la consultation et préfèrent y répondre immédiatement. C'est plus rapide, pratique et, ainsi, ils n'oublient pas de chercher par la suite (M8, M9 et M20)**

M8 : « Les deux mais c'est vrai que c'est souvent en direct c'est là que les questions se posent, l'écran, c'est plus pratique que chercher devant les bouquins, ça le fait plus donc on ne se gêne pas »
M9 : « Quand je cherche quelque chose c'est très rapide : 5-10 min, pas plus »
M20 : « je crois que la raison simple c'est qu'après on a autre chose, ce que je ne fais pas dans les cinq minutes, je ne suis pas sûr que ça soit fait par la suite »

- **Comme dans le groupe des médecins qui cherchent plutôt en dehors, un médecin de ce groupe aime partager l'information avec leur patient (M13).**

  M13 : « Plutôt pendant parce que je le fais avec le patient »

- **La recherche pendant la consultation peut être plus appropriée quand un médecin généraliste a certaines spécialisations comme M25 en homéopathie.**

  M25 : « -Vous le faites en consultation ?
  -Oui, en permanence »

5.2.1.4.3 Pour M5, nous ne savons pas si les recherches sont faites plutôt en dehors ou pendant la consultation.

Elle évoque toutefois la nécessité de chercher en consultation si une question ponctuelle émerge.

M5 : « Ça dépend s'il y a un truc qui me pose des problèmes pendant la consultation, je regarde »

5.2.2 Les sources d'information citées par les médecins généralistes

	En premier	Puis	Autres
M1	CISMeF	*Prescrire*	Bibliothèque Lemanissier, base de données Thériaque, HAS, Google
M2	CISMeF	DReFC	*Prescrire,* Cochrane librairie
M3	*Prescrire*	HAS	ANSM, CISMeF, Minerva, Forums SFMG, Dupagne, Dr du 16 et M. Arnould
M4	*Le Concours Médical*, L*e Quotidien du Médeci*n, documents de l'université	Bibliothèque personnelle (livres)	Google, confrères spécialistes
M5	EMC	*La Revue du Praticien*	*JIM*, Google, Confrères spécialistes, bibliothèque personnelle
M6	CISMeF	UMVF	Univadis, *Harrison : Principes de Médecine Interne*, sites universitaires
M7	*Traité de médecine* de Godeau	*Harrison*	Moteur de recherche, sites universitaires, sites grand public (Doctissimo, forums)
M8	Google	Sites universitaires, doctissimo… Pas de sites de référence	
M9	HAS	Moteur de recherche	
M10	*Prescrire*	CISMeF	HAS-ANSM, bibliothèque Lemanissier, Université Laval
M11	Conférence d'Hippocrate	Google	VIDAL Recos
M12	Google		
M13	*Prescrire*	Thériaque	CRAT, sites universitaires, Google, confrères
M14	Confrères spécialistes	*Prescrire*	Orphanet, Google
M15	*Le Généraliste*	Bibliothèque personnelle	
M16	Univadis	*Prescrire*	
M17	HAS	CISMeF	*Prescrire*
M18	Confrères spécialistes	Google, sites universitaires, sites grand public, forums	Livres pour l'ECN, les Abrégés, le *Dorosz*
M19	*La Revue du Praticien*	*Le Concours Médical*	*Le Généraliste*, confrères spécialistes
M20	Confrères spécialistes	Le *Vademecum*, Le *Pilly*	Google, sites universitaires

M21	Confrères spécialistes	*Prescrire*, livres de la faculté, *La Revue du Praticien*	Google, HAS, Sites universitaires, CISMeF
M22	*Prescrire*	Google	Confrères spécialistes
M23	Internet, banques de données de Gériatrie, ApprenToile	*Prescrire, La Revue de Gériatrie*	Bibliothèque personnelle, confrères spécialistes
M24	VIDAL Recos	Moteur de recherche, sites universitaires, sociétés savantes	*Prescrire*, bibliothèque personnelle
M25	-Bibliothèque personnelle, livres d'homéopathie, le *Pilly*	HAS, Google, CISMeF, sites d'homéopathie	

5.2.2.1 Sources papiers versus sources numériques

- **14 médecins utilisent encore des sources papiers (M3, M4, M5, M6, M7, M15, M16, M18, M19, M20, M21, M23, M24, M25)**

  M3 : « Papier, j'ai mon papier à la maison, chez moi, mais je suis très attaché au papier »
  M7 : « Traité de médecine interne de Godeau qui est plus très à jour, mais il y a de bonnes informations, d'abord les bouquins, puis Harrison médecine interne »
  M16 : « Je peux aller sur le site, mais j'aime bien le support papier, je suis de l'époque de Gutenberg »
  M24 : « dans les livres, je ne regarde pas trop, ou quand je veux me remémorer certains trucs, certains symptômes neuro, des trucs comme ça »

- **Parmi ces 14 médecins, 12 utilisent des sources papiers et numériques, 2 (M15 et M19) utilisent exclusivement des sources papiers.**

  M15 : « Le Généraliste avec les journaux d'information, ma bibliothèque personnelle, pour Internet, je n'utilise pas »
  M19 : « je ne fais pas de recherche sur Internet »

- **23 médecins utilisent donc Internet pour faire des recherches documentaires.**

- **L'inconvénient des sources papiers est lié à la difficulté d'actualisation (M2, M7, M8, M18, M22, M24).**

  M2 : « je ne travaille plus dessus parce que le temps que ça paraisse, que ça soit imprimé, il s'est passé un an, et les études qui sont répertoriées là-dedans sont accessibles par Internet »
  M7 : « Traité de médecine interne de Godeau qui est plus très à jour, mais il y a de bonnes informations »
  M8 : « les bouquins, ça se démode vite »
  M18 : « En dernier, j'utilise mes bouquins d'Internat, les Abrégés, mais je dois les réactualiser »

M22 : « J'ai quelques bouquins, des vieux bouquins qui trainent mais qui sont plus à jour, non maintenant c'est vrai que c'est plus Internet »
M24 : « après c'est vrai que tout ce qui demande à être actualisé, je regarde sur Internet »

- **M12 pense que l'ère du papier est révolue.**

M12 : « Autrefois, quand il n'y avait pas Internet, mais maintenant j'y vais plus, on avait une bibliothèque médicale énorme avec mon mari, mais là, plus du tout, d'ailleurs on a déménagé, tout est dans les cartons et maintenant non, autant je ne suis pas Internet, autant les bouquins, c'est terminé maintenant »

- **D'autres médecins reconnaissent à Internet sa disponibilité (M21, M23)**

M21 : « l'information sur Internet est facile d'accès, rapidement, parce qu'on travaille sur l'ordi et les revues, je les ai chez moi »
M23 : « je vais plus facilement sur Internet qu'avec le support papier »

5.2.2.2 Les différentes sources d'information citées par les médecins généralistes

5.2.2.2.1 Les livres (10 médecins)

- La bibliothèque personnelle sans précision (M4, M5, M15, M23 et M25)
- Le *Pilly* (M5, M20, M25)
- *Harrison : Principes de Médecine Interne* (M6, M7)
- Livres pour préparer l'Examen Classant National (ECN) (M18, M21)
- Le *Dorosz* (M18)
- Le *Vademecum* (M20)
- L'Encyclopédie Médico Chirurgicale (EMC) (M5)
- *Traité de médecine de Godeau (M7)*

M4 : « je pense à une maladie du charbon, j'ai un bouquin de bactério, si je suis confronté à ça »
M5 : « chez moi, j'ai une bibliothèque, j'ai tout l'EMC, j'ai la manie d'acheter des bouquins de médecine et quand ils sont anciens et quand ils datent un peu, je les jette et j'achète la nouvelle version, j'ai le dernier Pilly par exemple »
M6 : « j'ai aussi le Harrison,, l'encyclopédie de Harrison, mais ça je le fais chez moi »
M7 : « La médecine interne, Traité de médecine interne de Godeau qui est plus très à jour, mais il y a de bonnes informations, d'abord les bouquins, puis Harrison médecine interne »
M18 : « En dernier, j'utilise mes bouquins d'Internat, les Abrégés, mais je dois les réactualiser, j'utilise le Dorosz aussi. »
M20 : « Il y a le Vademecum dont je me sers de temps en temps, il y a le Pilly pour les trucs d'infectieux et puis les différents bouquins que j'ai »
M21 : « ce sont des livres de fac, La Revue du praticien aussi»
M23 : « Oui, Psychiatrie de la personne âgée, Psycho Pharmaco médicale, des bouquins que j'ai jamais ouverts, je n'en ai pas beaucoup beaucoup des bouquins »

M25 : « donc effectivement si je vois un diagnostic d'une maladie que je ne croise pas tous les jours, je vais chercher mon Pilly »

5.2.2.2.2 Les revues

- De formation :
  - ✓ La revue *Prescrire* (M3, M16, M21 et M24)
  - ✓ *Le Concours Médical* (M4 et M19)
  - ✓ *La Revue du Praticien* (M19 et M21)
- D'information :
  - ✓ *Le Généraliste* (M15 et M19)
  - ✓ *Le Quotidien du Médecin* (M4)

M4 : « Comme bibliographie oui, quelques-uns du Quotidien du Médecin mais le plus souvent du Concours Médical »
M15 : « Le Généraliste avec les journaux d'information »
M19 : « En premier, je lis La Revue du praticien, en deuxième Le Concours médical, en troisième Le Généraliste »
M24 : « Prescrire pour les médicaments, je regarde que là-dedans »

5.2.2.2.3 Les sites institutionnels et autres sites proposant une synthèse des recommandations

- La Haute Autorité de Santé (HAS) citée par 7 médecins (M1, M3, M9, M10, M17, M21 et M25), principalement des médecins enseignants et des médecins du groupe des moins de 45 ans.
- L'agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (M3 et M10)
- La Bibliothèque Lemanissier (M1 et M10)
- Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de médecine générale (DReFC) (M2)

M1 : « si j'ai une question sur des recommandations sur la pratique, je fais Lemanissier ou l'HAS »
M2 : « après j'utilise le truc de la SFMG, le euh, euh, qui reprend toutes les recommandations, je l'ai sur mon bureau d'ordi, euh c'est la SFMG qui reprend toutes les recos, c'est plus accessible que d'aller bidouiller sur l'HAS qui est inutilisable, avant j'utilisais, euh, Lemanissier mais le truc du SFMG ça remplace, maintenant je vais plus sur Lemanissier car j'ai eu plusieurs échecs de recherche, euh, avec des trucs, je ne sais pas s'il y a des problèmes de mise à jour donc je travaille plutôt sur le DReFC »
M3 : « Prescrire, HAS, en 3e ANSM »
M9 : « ça peut être l'HAS », « l'HAS pour moi c'est accessible »
M10 : « en général j'essaie de me dépatouiller avec les recos HAS et ANSM, mais j'ai toujours du mal à me repérer dans leur truc (rire) »

M17 : « En règle générale, je vais sur l'HAS et puis voilà »
M21 : « Des fois Google, l'HAS et des fois ce sont les sites du gouvernement »
M25 : « l'HAS pour les recos »

5.2.2.2.4 Les banques de données

- Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) cité par 8 médecins (M1, M2, M3, M6, M10, M17, M21 et M25)
- Cochrane Librairie (M2)

M1 : « par exemple si c'est une question plutôt scientifique médicale, je fais le CHU de Rouen et CISMeF »
M2 : « En premier CISMeF », « sinon j'ai la Cochrane librairie qui est publiée en français maintenant alors là, c'est différent, je ne vais pas faire une recherche particulière parce que pour les publications, il y a des thèmes mais pas de bibliothèque donc je lis et ce qui m'intéresse je le transfère dans un mémo »
M6 : « J'essaie sur le truc de Rouen, CHU de Rouen »
M10 : « je vais sur la base de données CISMeF »
M17 : « après il y a le CHU de Rouen, mais c'est souvent tout un bazar »
M25 : « je vais chercher des sites, soit la fac de Rouen pour la maladie infectieuse »

5.2.2.2.5 Les sources EBM et les sources de littérature tertiaire

- *Prescrire* en version numérique citée par 8 médecins (M1, M2, M10, M13, M14, M17, M22 et M23)
- Minerva (M3)

M1 : « Je suis abonné à l'intégrale de Prescrire. Je vais sur l'ordi »
M2 : « parce que Prescrire, j'ai zappé Prescrire dans le truc, j'ai l'abonnement, j'ai la mise à jour, la formule Intégrale donc j'ai plus aucune lecture papier »
M3 : « pour les directions de thèse, je vais sur Minerva »
M10 : « En général je commence par la bibliothèque Prescrire »
M13 : « Ma source d'info préférée c'est Prescrire, ça c'est sûr, l'Intégrale Prescrire, je l'ai sur l'ordi »
M17 : « Oui, oui Prescrire, oui c'est vrai, j'avais oublié les fondamentaux, comme quoi c'est tellement devenu une habitude »
M22 : « Pour des recherches, je fais avec Prescrire d'abord »

5.2.2.2.6 La base de données médicamenteuse Thériaque (M1 et M13)

M1 : « la banque de données Thériaque parce qu'elle est indépendante de l'industrie pharmaceutique »

M13 : « après je vais sur Thériaque également »

5.2.2.2.7 Les sites des universités (M7, M8, M13, M18, M20, M21 et M24) dont l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF) (M6), l'université de Jussieu (M6), l'université de Laval (M10) et ApprenToile de l'université de Bordeaux (M23)

6 médecins passent par un moteur de recherche pour rejoindre ces sites (M7, M8, M13, M18, M20, M24)

M6 : « sur la faculté virtuelle Université Virtuelle de Médecine, c'est à la fois canadien et français, avec Jussieu »
M7 : « les sites dédiés CHU de ceci ou de cela »
M13 : « après certains sites universitaires comme l'université de Rennes ou autres en passant par Google, j'essaie de sélectionner les sites universitaires avec des articles ou des fiches PDF relativement récentes »
M18 : « en deuxième Google car avec ce moteur, je trouve toujours une réponse, je tombe alors sur deux types de sites : les sites grand public et les sites universitaires »
M20 : « Il y en a qui me paraissent cons, et d'autres comme Université machin qui a fait un article sur... »
M21 : « il y a le site de la fac de médecine de, euh, de Marie Curie de Paris, il y a des choses intéressantes »
M23 : « après je vais piquer des choses sur Appren Toile et je vais piquer des trucs également sur une banque de données toujours en gériatrie de M. Belmin à Paris »
M24 : « je tape sur Internet et je regarde en fonction du site si c'est un site de fac universitaire »

5.2.2.2.8 Les sites des sociétés savantes (M24)

M24 : « des fois ça peut être ça, des fois des sociétés savantes d'urologie et tout ça »

5.2.2.2.9 Les sites de revues ou de livres en ligne

- EMC (M5)
- *La Revue du Praticien* (M5)
- *Le Journal International de Médecine* (*JIM*) (M5)
- *La Revue de Gériatrie* (M23)

M5 : « En premier, je vais sur l'EMC sur l'ordi », « je suis abonnée à l'EMC, j'ai La Revue du praticien, je suis abonnée à JIM »
M23 : « je vais sur La revue gériatrie sur Internet »

5.2.2.2.10 Les sites spécialisés en consultation, c'est-à-dire donnant accès à une information en quelques clics

- Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) (M13)
- Orphanet (M14)

M13 : « sur le CRAT également pour ce qui est femme enceinte »
M14 : « ça m'est arrivé de chercher sur Orphanet »

5.2.2.2.11 Le moteur de recherche Google a été cité par 16 médecins (M1, M4, M5, M7, M8, M9, M11, M12, M13, M14, M18, M20, M21, M22, M24 et M25)

M4 : « Vous allez sur Google »
M5 : « après maintenant, on peut faire Google PDF pour avoir des infos »
M8 : « je fais des recherches sur Google »
M18 : « en deuxième Google »
M20 : « ensuite euh Google »
M22 : « ça peut être avec Google »
M24 : « je tape le mot sur Google »

5.2.2.2.12 Les sites médicaux de laboratoires pharmaceutiques ou sponsorisés

- Univadis (M6 et M16)
- VIDAL Recos (M11 et M24)
- La Conférence Hippocrate (M11)

M6 : « j'ai aussi un site, c'est Univadis où vous avez les dictionnaires Merck, etc. les symptômes »
M11 : « en général, je commence par la conférence d'Hippocrate », « je ne sais pas si c'est VIDAL Recos ou VIDAL Expert, je sais plus lequel, hier soir, j'ai regardé un truc, ça devait être VIDAL Recos qui m'a conduit sur CISMeF pour trouver un truc pas mal »
M16 : « l'informatique, c'est Univadis »
M24 : « je regarde dans VIDAL Recos, c'est une population de choses fiables et validées », « je regarde sur le Vidal parce qu'un site Internet suffit que le labo le subventionne et voilà ça n'a aucune légitimité »

Il est à noter que M24 pense que VIDAL Recos est un site indépendant.

5.2.2.2.13 Les forums

- De patients (M7 et M18)
- De médecins (M3)

M3 : « j'ai d'autres lectures de sites, de forums sur l'Internet qui est le forum de SFMG et après des forums de particuliers, il y a Atoute de Dupagne, il y a Docteur du 16 que je regarde aussi, c'est un médecin généraliste J-Claude Grange et ensuite il y a Michel Arnould de la SFMG qui a un site »
M7 : « Doctissimo, les forums, les patients y ont accès avant moi donc je vais voir ce que les patients ont lu et ce qu'ils en ont compris »
M18 : « Je trouve que les forums sont intéressants, car il traite du ressenti des patients, j'ai un grand intérêt pour les groupes de paroles »

M7 et M18 n'utilisent pas les forums patients comme source d'information, à proprement parler, mais pour connaître le ressenti des patients.

5.2.2.2.14 Les sites grand public (M7 et M8) et notamment Doctissimo (M18)

M8 : « Doctissimo ça refait les bases, c'est synthétique et ça resitue les choses »

5.2.2.2.15 Les sources humaines : les confrères spécialistes et généralistes cités par 10 médecins (M4, M5, M13, M14, M18, M19, M20, M21, M22 et M23)

M4 : « sinon éventuellement je peux en parler à des collègues »
M5 : « j'ai appelé la fac un patron »
M13 : « Ça m'arrive parfois donc après je profite du groupe de pairs pour poser la question à mes collègues, j'ai mes associés aussi »
M14 : « Si j'ai un truc qui me pose problème, je vais le demander au mec qui l'a prescrit, c'est un spécialiste »
M18 : « En premier, les confrères spécialistes »
M19 : « une grosse source d'information pour moi ce sont les confrères spécialistes, j'ai mon réseau de correspondants »
M20 : « Alors, euh, le premier truc que je fais si je peux, je m'adresse à un de mes confrères, un de mes correspondants »
M21 : « Ouai, c'est vraiment si j'arrive à avoir un confrère, je m'arrête là »
M22 : « on donne des coups de fil à des confrères spécialistes »
M23 : « si je n'ai pas la réponse, je suis convaincu que quelqu'un d'autre l'a donc, je ne suis pas propriétaire de qui que ce soit ni de situations donc si je ne sais pas, il y a des confrères hypers compétents dans le coin »

5.2.2.2.16 Les médias

Un médecin cite avec humour la Télévision Française 1 (TF1), cette dernière peut lui apporter des informations médicales avant les autres sources (M16).

M16 : « TF1 (rires) le journal de TF1 pour savoir que tel médicament est retiré, etc »

5.2.2.2.17 Certains médecins ont créé leurs propres sources d'information avec des documents sélectionnés à différents endroits (M2 et M4) ou ils utilisent une liste de sites à consulter (M1 et M10).

Ces médecins sont tous des médecins enseignants.

M1 : « j'ai une banque de données documentaires que j'utilise selon le type de questions que j'ai à poser »

M2 : « j'ai un mémo donc quand je fais par exemple, Cochrane librairie, je n'utilise pas en tant que tel, mais quand je reçois des traductions en français je vais regarder tous les titres, j'ouvre ce qui m'intéresse et quand dans ce qui m'intéresse il y a des trucs que je veux conserver, je les réunis et les transfère dans mon mémo »

M4 : « j'ai un gros dossier et je le réactualise, c'est-à-dire que quand je trouve un article que j'ai lu intéressant ben, je le classe, ce qui fait que le jour où j'ai besoin de lire, j'ai ce qu'il me faut »

M10 : « j'ai une check-list que je sors quand vraiment je dois faire un truc pour un cours »

5.2.2.3 Récapitulatif

Les sources citées, en premier, le plus grand nombre de fois sont :

- **Les confrères spécialistes (4 fois)**
- ***Prescrire* (4 fois)**
- **CISMeF (3 fois)**
- **Le moteur de recherche (3 fois)**
- **La HAS (2 fois)**

Les sources les plus utilisées sont :

- **Google (16 fois)**
- ***Prescrire* (12 fois)**
- **Les confrères spécialistes (10 fois)**
- **Les sites des universités (10 fois)**
- **La bibliothèque personnelle (10 fois)**
- **CISMeF (8 fois)**
- **La HAS (7 fois)**

5.3 La qualité de l'information

5.3.1 La fiabilité

5.3.1.1 La définition de la fiabilité

Les médecins reconnaissent plusieurs critères pour définir la fiabilité d'une information.

5.3.1.1.1 L'indépendance de l'auteur et de l'information est mentionnée par 10 médecins (M1, M2, M5, M10, M13, M21, M22, M23, M24 et M25).

Prescrire est pour cette raison reconnue comme une source fiable contrairement à l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques et les sites grand public.

Pour M2, l'indépendance de l'information est le premier critère à prendre en compte pour définir la fiabilité.

> *M1 : « Une information indépendante de l'industrie pharmaceutique avec des auteurs sans conflit d'intérêts »*
> *M2 : « Info fiable, déjà, la première chose, c'est une info non biaisée, avant que le niveau de preuve soit élevé, il faut qu'elle soit non biaisée, il faut qu'elle soit indépendante »*
> *M5 : « J'essaie d'avoir des trucs qui ne sont pas sous influence des labos déjà avec des gens dont je connais la presse et qui ne sont pas des vendus sans conflit d'intérêts »*
> *M10 : « Hum, alors, évidemment indépendante de l'industrie pharmaceutique »*
> *M13 : « Une info indépendante (rire) »*
> *M21 : « Prescrire, je leur fais confiance, car ils sont indépendants »*
> *M22 : « C'est vrai que, lorsque Prescrire dit certaines choses, on a plus tendance à croire cela qu'un article lu dans un journal*
> *-Par rapport aux auteurs ?*
> *-Par rapport à l'intégrité »*
> *M24 : « L'indépendance des infos, ça c'est le premier critère », « pas de conflits d'intérêts »*
> *M25 : « il n'y a aucune indépendance donc ce n'est pas une info fiable »*

5.3.1.1.2 Une information validée par la science est un critère de fiabilité pour 9 médecins (M1, M2, M3, M10, M14, M16, M17, M24 et M25).

> *M1 : « après en gros je me base sur les grades des recommandations de l'HAS, mais en sachant que même si c'est un grade D ça me va, le tout est de savoir à quel niveau c'est »*
> *M2 : « après il faut qu'elle ait un niveau de preuve le plus élevé possible »*

M3 : « Validée avec un niveau de preuve suffisant, de grade A »
M10 : « ce sont des études qui sont scientifiquement validées »
M14 : « C'est quelque chose qui a été éprouvé dans les études qui montre que, euh, euh, c'est efficace donc soit parce qu'il y a eu beaucoup d'études, beaucoup de cas »
M16 : « Une info fiable, si on parle du médicament en l'occurrence, ben, on essaie d'avoir des articles documentés sur l'efficacité du médicament, sur l'absence d'ennui et sur l'objectivité pour décrire les effets indésirables »
M17 : « c'est-à-dire, en principe, une info qui repose sur un travail de, euh, d'analyse, euh, qui a permis de, euh, d'aboutir à une réponse, c'est le résultat d'une, euh, recherche ce n'est pas le point de vue de M. untel
M24 : « faut que ça soit basé sur des preuves scientifiques »
M25 : « une info fiable, alors normalement, ça se base sur l'EBM et les statistiques »

5.3.1.1.3 L'autorité des auteurs, leurs compétences et leurs références sont citées par 9 médecins (M4, M5, M6, M8, M10, M11, M12, M15 et M24).

Par ce critère, les sites universitaires étaient reconnus comme fiables.

M4 : « Une info fiable est une info qui est issue de gens qui sont compétents et sérieux »
M6 : « Ben d'abord les auteurs, j'ai des auteurs en qui j'ai confiance et d'autres beaucoup moins »
M8 : « Les sites de référence, ce sont les universités, les extraits de colloque, pas de sites de vulgarisation »
M10 : « moi, je ne sais pas critiquer une méthode d'étude, mais bon surtout pour Prescrire j'ai décidé de leur faire confiance comme ça ça me facilite la tâche (rire) je pars du postulat qu'ils savent critiquer ça donc je prends leur critique comme telle »
M11 : « C'est difficile, c'est difficile de savoir, c'est pour ça que je commence par la conférence d'Hippocrate parce que là j'ai confiance, peut-être à tort, mais bon, Doctissimo, les forums, ce n'est pas la peine »

5.3.1.1.4 Une information validée par l'expérience et la pratique du médecin lui-même (M13, M14, M18 et M19).

M13 : « qui est assise sur une certaine expérience »
M14 : « fiable pour moi c'est ça, éprouvé de longue date avec des bases solides »
M18 : « également si les traitements améliorent l'état de santé donc ce qui peut être vérifié par la pratique »
M19 : « Pour moi, c'est une info réalisable en pratique, c'est-à-dire vérifiée par la pratique »

5.3.1.1.5 Une information est fiable lorsqu'elle est retrouvée sur différentes sources sans pour autant qu'il n'y ait qu'une référence. (M5, M7, M18 et M21).

M5 : « qui se recoupe avec plusieurs auteurs sans qu'ils reprennent l'article les uns les autres, des fois tu lis un article, t'as tout lu, l'autre, il ajoute 2 mots et met l'article à son nom »
M7 : « Celle que je vais retrouver d'un site à l'autre sans pour autant que l'un se renvoie à l'autre en se prenant pour référence parce que si tout le monde a le même truc et se réfère au même ce n'est pas bon »
M18 : « C'est une information qui se recoupe sur différentes sources »

5.3.1.1.6 Une information doit être approuvée par l'esprit critique ou conforter une idée selon 3 médecins (M4, M9 et M20).

M4 : « en fait l'ambiguïté on la repère très bien soi-même »
M9 : « Encore une fois, quand je fais une recherche, je ne fais pas de recherche expérimentale, je ne recherche pas de choses qui n'existent pas donc, euh, quand je cherche, j'ai déjà mon idée donc c'est plus pour conforter mon idée »
M20 : « 'info que l'on a, on la pèse, la repèse et la soupèse »

5.3.1.1.7 Un médecin évoque la nécessité de l'actualisation pour la fiabilité (M13).

M13 : « une info relativement récente aussi »

5.3.1.2 Deux niveaux d'exigence selon le sujet de la recherche

4 médecins expliquent qu'il faut rechercher la fiabilité pour une information médicamenteuse, mais ce n'est pas le cas pour une information sur le diagnostic par exemple (M4, M8, M11 et M25).

M4 : « là où se joue la fiabilité, ce qui est tout à fait différent, c'est dans le choix d'une molécule, d'un médicament »
M8 : « c'est surtout sur la clinique où quelques fois on a des doutes, par exemple, l'incubation d'une maladie infectieuse, au lieu de passer des heures à chercher sur des sites, sur Doctissimo on l'a tout de suite »
M11 : « je ne sais pas si c'est Doctissimo ou un truc dans le genre, et j'ai trouvé qu'il y avait une définition très simple, car je dois faire un cours aux IDE et aides soignantes »
M25 : « une info pas fiable ce sont toutes les infos qu'on trouve sur les médicaments », « une info fiable c'est sur le sujet que ça concerne, une info qui mesure l'impact des produits laitiers sur la calcémie de personnes âgées ce n'est pas intéressant, c'est une info statistique qui sera remise en cause dans 5 ans, ça ne m'intéresse pas; l'évaluation d'un médicament c'est remis en question tout

le temps », « je vais chercher des infos sur une explication d'une biologie, là, ce n'est pas un avis, je ne cherche pas un avis statistique, une ferritine, voilà les seuils, comment on la mesure ce qu'on va rechercher, il n'y a pas tellement de possibilités de trouver des info erronées »

5.3.1.3 Cette question a entraîné beaucoup d'hésitation avec un besoin de réflexion important. (M5, M6, M10, M11, M12, M14, M17, M20 et M25)

M5 : « Qui n'est pas... »
M6 : « Euh, je suis très, euh, qu'est-ce que ça représente ? »
M10 : « Hum, alors »
M11 : « C'est difficile, c'est difficile de savoir »
M12 : « là vraiment, (elle réfléchit) »
M14 : « qui montre que, euh, euh, »
M17 : « (Il réfléchit) »
M20 : « Alors ça, c'est loin d'être simple »
M25 : « Euh, une info fiable »

5.3.2 La validité scientifique par la connaissance de la notion de niveaux de preuve et de grades de recommandation de la HAS

- Pour 5 médecins, la réponse n'est pas disponible (M15, M16, M21, M23 et M24)

- **18 médecins ont des notions sur les niveaux de preuve et les grades de recommandation (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8, M10, M11, M12, M13, M14, M17, M18, M19, M20, M22 et M25).**

  À la question : « Est-ce que vous connaissez les niveaux de preuve et grades de recommandation de l'HAS ? » j'ai obtenu :
  M4 : « Oui, c'est dans l'EBM absolument »
  M8 : « Oui, j'ai entendu parler »
  M11 : « Oui, j'ai lu un article récemment sur les grades »
  M12 : « Oui oui bien sûr, en groupe de pairs, ils ne parlent que de ça »
  M20 : « J'ai dû en entendre parler »

- **Toutefois, certains les remettent en cause (M5, M7, M10 et M22). Une des raisons évoquées est les conflits d'intérêts à la HAS. M5 pense que ce critère ne peut être utilisé en pratique de médecine générale parce que le contexte n'est pas pris en compte.**

  M5 : « Qui me gonfle au max parce qu'elles sont fausses, souvent ils te racontent n'importe quoi donc ils changent en fonction, la preuve, c'est quand il y a eu des conflits d'intérêts, elles ont été retirées », « le niveau de preuve m'agace un peu parce que ce n'est pas une science exacte,

chaque personne est différente, on ne prend pas en compte la chronobiologie des gens, de leur environnement, on est en train de mettre tout le monde dans un cadre donc après si tu n'as pas le nez qui te parle, tu le sens un peu comme ça »
M7 : « Maintenant, quand j'entends autorité, ça me donne des boutons surtout que, dans le temps, on voit que c'est pas fiable pour tout et c'est juge et parti, ça ne me convient pas du tout, donc les niveaux de preuve, je m'y fie pas du tout »
M10 : « Apparemment, c'est contesté aussi »
M22 : « J'en ai entendu parler après, faut voir... »

- **2 médecins ne connaissent pas ces notions (M6 et M9).**

M6 : « les niveaux de preuve, j'ai su, mais j'ai oublié »
M9 : « Ah bon, moi je croyais que tout était recommandé et que c'étaient des recommandations fiables sur l'HAS, ah ben, j'apprends quelque chose »

5.3.3 La confiance que les médecins accordent à leurs sources

- **12 médecins accordent une grande confiance à leurs sources (M5, M6, M7, M8, M9, M10, M15, M17, M19, M20, M21 et M22)**

M5 : « -Tu penses que l'EMC, c'est fiable ?
-Oui, avec La Revue du praticien et Prescrire en regroupant tout ça »
M8 : « Je pense que c'est fiable, oui »
M17 : « de toute façon, je crois que nous sommes dans la croyance donc on n'a aucun moyen de, euh, on croit ce que l'on dit, disons que je crois que l'information que je vais recueillir c'est l'information la plus pertinente au jour d'aujourd'hui, faut croire un peu parce que autrement ... »
M19 : « Oui, j'ai confiance en mes sources »

- **9 médecins n'accordent pas toute leur confiance à leurs sources, mais pensent être capables de distinguer une source fiable d'une source biaisée (M1, M2, M3, M4, M13, M14, M16, M18 et M25)**

M1 : « en dehors des recommandations de l'HAS, ce sont toutes des grades D
-Tu sais par rapport à CISMeF si tu auras accès à une information plus ou moins fiable ?
-Selon le site où je vais, oui »
M2 : « ça c'est des recos, ils font que qualifier les recos, dans les recos, il y a eu tous les conflits, les difficultés, voilà y compris évidemment, les recos de l'HAS, je les prends avec précaution »
M4 : « C'est fiable avec, comment dirais-je, toutes les limites qu'il peut y avoir, mais enfin globalement oui », « ça n'empêche pas d'avoir un regard critique, on n'est pas forcé d'être d'accord sur tout quant à leur honnêteté », « il peut y avoir des limites mais enfin la nature de l'article, sa progression me paraissaient très crédibles, on peut toujours tout remettre en cause mais dans l'ensemble oui »
M13 : « faut savoir faire un minimum confiance en gardant un peu de réserves »
M16 : « Prescrire en 1 et Univadis en 2, Univadis, on est très parasité par les publicités, ça me fait chier ça, Prescrire je leur fais confiance »

M18 : « Oui, quand j'ai trié, je pense que c'est fiable »
M25 : « Oui, je crois, l'esprit critique pour un homéopathe, c'est ça qui fait qu'on est arrivé à l'homéo, donc l'esprit critique en général est aiguisé »

- **M23 exprime sa grande méfiance quant à l'information.**

M23 : « -Avec les sources d'info que vous m'avez citées, est-ce que vous pensez que vous avez accès à une info fiable ?
-Vous voulez le fond de ma pensée là ?
-Tout à fait
-Je n'en suis absolument pas convaincu
-Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
-L'histoire nous a montré que des gens fort renommés et fort réputés pouvaient avoir des conflits d'intérêts terribles »

- **3 médecins n'ont pas exprimé leur point de vue (M11, M12 et M24).**

5.3.4 Opinions des médecins sur diverses sources d'information

5.3.4.1 Les sites officiels (la HAS et l'ANSM)

5.3.4.1.1 Fiabilité

- **Fiables pour 3 médecins (M4, M9 et M19)**

M4 : « dans l'ensemble, les infos de l'HAS sont crédibles », « on reçoit des documents de l'HAS qui sont tout à fait fiables…un document de l'HAS est parfaitement authentifié et crédible »

- **Fiables, mais avec des réserves pour 13 médecins (M1, M2, M3, M6, M10, M12, M16, M17, M20, M21, M22, M24 et M25)**

A la question : « Est-ce que vous pensez que les sites gouvernementaux donnent accès à une information fiable ? »
M1 : « Je dirais oui sur les données actuelles, oui, mais avec des imperfections »
M2 : « les recos de l'HAS, je les prends avec précaution »
M3 : « Pas vraiment fiable puisque Prescrire sait bien la critiquer, et moi je lis les critiques de Prescrire sur les recos de l'HAS, mais bon, on n'a pas autre chose, mais ce n'est pas complètement fiable ça c'est sûr »
M6 : « L'HAS, on pourrait croire, l'ANSM je n'y vais pas, il y a l'HAS, je peux regarder, mais bon je me méfie un peu »
M10 : « c'est pour ça que l'HAS, ça peut être entre parenthèses parce que ce n'est pas parfait pour le coup », « pas 100% mais je leur rejette pas tout en bloc non plus »

M12 : « pfffff franchement je ne sais pas trop »
M16 : « Elle en donne, mais bien sûr qu'elle en donne, j'espère qu'elle intervient en toute objectivité voilà, mais pourquoi l'HAS laisse libre la commercialisation du Lipur en France ? », « je suis un peu dubitatif »
M17 : « Avec ce qui se passe, on n'en est pas certain »
M20 : « On peut le dire mais pas forcément à 100% »
M21 : « Oui, j'espère (rire) après, euh, je ne reste pas, sur comment dire, en croisant plusieurs infos »
M22 : « Pas toujours (rire) », « je pense que l'HAS, il y a quand même quelques bonnes choses de temps en temps, ce n'est pas que du mauvais »
M25 : « Oui, en tout cas, c'est peut-être la plus indépendante qu'on puisse trouver, mais j'ai des réserves sur ça aussi »

- **Biaisés pour 9 médecins (M5, M7, M8, M11, M13, M14, M15, M18 et M23)**

À la question : « Est-ce que vous pensez que les sites gouvernementaux donnent accès à une information fiable ? »
M5 : « Pffff l'histoire des vaccins et compagnie nous a prouvé qu'ils racontent que des conneries »
M8 : « Non pas plus que le reste »
M11 : « mais garants d'une information fiable, je ne crois pas non »
M13 : « Malheureusement non »
M14 : « Quand on voit les derniers résultats sur Médiator et autres, ce qu'ils font actuellement sur les pilules, très honnêtement, non, ils sont très très sensibles »

5.3.4.1.2 Explications données au manque de confiance

- **Les conflits d'intérêts de la HAS sont cités par 9 médecins (M1, M2, M3, M7, M13, M17, M18, M23 et M24)**

M1 : « Conflit, oui, donc plutôt assez fiable, certaines recommandations ont été annulées donc, non ce n'est pas totalement fiable, c'est assez fiable »
M2 : « ça a été tellement mis sous les projecteurs, ils ont été obligés de retirer des recommandations sur le diabète, sur l'Alzheimer, ce n'est pas rien », « l'info de l'HAS, on ne peut pas dire qu'elle soit d'une indépendance absolue et démontrée », « c'est une évidence que le fait que ça soit gouvernemental, ça ne suffit pas à signer l'indépendance, ça se saurait si le gouvernement était indépendant, non, non toutes les agences gouvernementales sont évidemment l'objet, ne pas imaginer ça, c'est vraiment, c'est chez les bisounours, si j'étais, moi, industriel, la première cible que je prendrais pour exercer une influence souterraine et pour faire du lobbying, ça serait évidemment les agences gouvernementales donc les agences ont des atouts, le fait qu'elle soit a priori, en tout cas, indépendantes, qu' elles dépendent pas d'un financement, il y a des atouts mais il y a beaucoup de fuites , on sait bien, il suffit de lire tous les jours, l'affaire Médiator pour s'en convaincre, il y en a eu d'autres »
M3 : « les experts ne sont pas indépendants, ça c'est sûr », « Les sites gouvernementaux sont les seuls officiels, il y a des conflits d'intérêts, il y a qu'à voir pour le diabète, l'Alzheimer, le cholestérol »
M13 : « Les conflits d'intérêts»

M17 : « Alors voilà, je crois que c'est plus fiable que Doctissimo, mais bon, compte tenu de tous les conflits d'intérêts, ainsi de suite, on peut se poser des questions, mais on n'avance pas »
M24 : « Je crois qu'il y a eu des conflits d'intérêts, ce n'est pas l'AFSSAPS qui est financée par les labos au tiers ? Je crois qu'il y a une agence qui est financée en grande partie par les labos, peut-être plus l'AFSSAPS, ça arrange l'État »

3 médecins notent une amélioration récente quant à la transparence de la HAS (M2, M4 et M14)

M2 : « il y a eu du progrès dans le sens de la transparence »
M4 : « -Vous pensez que dans l'HAS, il y a des conflits d'intérêts ?
-De moins en moins »
M14 : « je pense que, peut-être, ils vont être un petit peu plus sérieux »

M13 trouvent qu'il y a de plus en plus de conflits d'intérêts.

M13 : « Les conflits d'intérêts,il y en a de plus en plus »

- **La politique de santé et les contraintes économiques sont citées par 5 médecins (M5, M7, M11, M15 et M18)**

M5 : « on va nous emmerder avec la sécu pour les remboursements, car ils prennent ces critères-là, mais ça sera pas, euh, je vais être très embêtée dans mon exercice »
M7 : « Oui par exemple, aux conflits d'intérêts, aux contraintes économiques, aux politiques de santé »
M11 : « ils nous imposent en tout cas des trucs, mais garants d'une information fiable, je ne crois pas non, ça devrait, mais ça n'est pas, parce qu'on voit parfois quelques trucs aberrants, ils sont de plus en plus déviés vers l'économie, la médecine, c'est du pur financier ça, c'est cher donc faut arrêter, mais faut pas le dire comme ça »
M15 : « c'est une histoire d'argent »
M18 : « tout est fonction de la politique sociale et économique », « je fais attention aux séminaires organisés par la sécurité sociale, car il y a un souci économique avant tout »

- **Certains médecins ne font pas confiance à la HAS, car cette dernière est souvent critiquée par *Prescrire* sur ses recommandations (M3, M10 et M22)**

M3 : « Pas vraiment fiable puisque Prescrire sait bien la critiquer, et moi je lis les critiques de Prescrire sur les recos de l'HAS »
M10 : « Prescrire ils font toujours des critiques de l'HAS, du coup ce n'est pas mal (rires) pour se repérer »
M22 : « sur les recos de l'HAS, de temps en temps, ils expliquent que, non, ce n'est pas bon (rires) »

- **M23 critique la méthode de réalisation des recommandations et notamment le fait qu'elles soient le fruit d'une réflexion d'un groupe d'experts.**

M23 : « les consensus, je ne suis pas du tout convaincu que, ce n'est pas parce que vous mettez des gens ensemble que le résultat est bon, on a l'exemple historique de la solution finale des fascistes, c'étaient des gens très intelligents, on les a mis ensemble, ils ont accouché d'une horreur »

- **M18 évoque le fait que les recommandations de la HAS deviennent un argument de vente des laboratoires pharmaceutiques.**

M18 : « Sur l'HAS, je n'y vais pas, ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui finalement en parlent le plus en se basant sur leurs recommandations »

5.3.4.1.3 La HAS, une référence ?

- **La HAS et ses recommandations sont le plus souvent reconnues comme une référence, un cadre à suivre (M3, M4, M5, M10, M11, M12, M17 et M25)**

M3 : « on n'a pas autre chose », « les sites gouvernementaux sont les seuls officiels »
M4 : « il faut tout à fait s'y référer », « c'est très important parce que ça donne un critère objectif d'appréciation que je crois très utile »
M5 : « je vais aller voir parce qu'on va nous emmerder avec la sécu pour les remboursements, car ils prennent ces critères-là »
M10 : « L'HAS, je m'en sers comme repère sur le plan légal »
M11 : « les recos, on est censé les connaître et les appliquer »
M12 : « c'est bien pratique l'HAS pour se caler, on se cale tous dessus »
M17 : « faut bien avoir un repère »
M25 : « je sais que, de toute façon, je ne pourrais pas faire quelque chose qui sera en dehors de ça »

- **2 médecins pensent que les recommandations ne doivent pas être la référence.**

Pour M2, les médecins doivent savoir critiquer les recommandations.

M2 : « je pense que remplacer un mensonge par un mensonge, c'est se mentir et faire croire aux étudiants que les recos c'est l'étoile polaire, c'est une connerie parce qu'on ajoute une désillusion à une désillusion, les étudiants pendant 7 ans s'ils ont appris à suivre leur patron et que pendant 3 ans on leur apprend à suivre les recos et qu'il faut 10 ans pour qu'ils comprennent que les recos, faut pas manger ça comme du pain blanc, la LCA c'est la LCA, ça s'adresse à tout, à Prescrire, aux recos, à ce que disent les profs, les collègues, les patients, la presse, faut l'appliquer à tout d'emblée, faut apprendre aux étudiants à se méfier aussi des recos »

Pour M14, les recommandations ne sont pas applicables aux cas particuliers que nous pouvons rencontrer en médecine générale.

M14 : « les recos sont impossibles à respecter, qu'est-ce qu'on peut nous reprocher de toute façon tant qu'on ne fait pas de prescriptions totalement délirantes ? Mais sur un patient en ALD pour les recos c'est pareil, c'est une négociation perpétuelle, il y en a certaines sur le suivi chronique

d'un patient qui a fait un AVC, aller voir le médecin de rééducation une fois par an alors qu'il n'arrive pas à voir ses patients hospitalisés... Qu'est-ce que vous voulez qu'il les voit ? »

5.3.4.2 Les laboratoires pharmaceutiques

5.3.4.2.1 Qualité

- **15 médecins expliquent clairement que l'industrie pharmaceutique n'est pas fiable (M1, M2, M3, M6, M7, M10, M11, M12, M13, M14, M16, M21, M22, M23 et M25).**

M2 : « je milite pour expliquer, à qui veut bien l'entendre que c'est forcément des infos biaisées, mais faut même pas appeler ça des infos »
M3 : « pas fiable du tout »
M6 : « Je les écoute pas, je ne regarde pas leurs trucs », « je les crois pas »
M7 : « le message de l'industrie pharmaceutique pfffff... »
M10 : « alors là, par contre, aucune valeur »
M12 : « alors là, je ne suis pas du tout, zéro là »
M13 : « je suis extrêmement remonté contre toutes ces pratiques, extrêmement »
M14 : « l'info est totalement biaisée »
M16 : « c'est pour vous dire que l'information médicale, bien sûr qu'elle est manipulée »
M25 : « je ne supporte plus ce discours-là »

- **6 médecins pensent que l'information des laboratoires pharmaceutiques est de qualité moyenne (M4, M5, M8, M15, M19 et M20).**

M4 : « -Ma question était surtout de savoir si les labos délivraient une info de qualité ?
-Les grands et les bons labos oui »
M5 : «c 'est pareil il y a des trucs qui sont assez fiables dans ce qu'ils disent, faut pas exagérer »
M15 : « Je pense qu'il y a de tout, elle peut être très bonne ou très orientée »
M19 : « Je n'ai pas trop confiance »
M20 : « Vous mettrez des bémols... mais je dirais qu'elle est plutôt fiable, elle n'est pas fiable à 100% mais à 70% »

- **M9 pense que l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques est fiable.**

M9 : « ben, ils sont fiables aussi »

- **5 médecins pensent pouvoir distinguer l'information de qualité (M4, M5, M6, M12 et M23). 3 médecins parmi ces 5 reçoivent la visite médicale.**

M4 : « l'ambiguïté, on la repère très bien soi-même », « on se rend très bien compte de la part qui peut être commerciale et puis ce qui est scientifiquement crédible », « avec un peu de jugeote on y arrive, c'est là peut-être qu'au niveau du médicament qu'on peut avoir des doutes mais qui sont très faciles à lever »

M5 : « faut savoir le critiquer »
M6 : « moi, je pense ne pas dépendre des labos, j'ai des médicaments que j'utilise et puis je fais la part de ceux qui sont bien et puis après quand on m'a trompé une fois sur un truc terminé »
M12 : « faut rester critique »
M23 : « il y a des gens qui interviennent qui sont des gens qui donnent une info et après on prend et on laisse ce qu'on veut »

- **3 médecins n'ont pas répondu à la question (M17, M18 et M23)**

5.3.4.2.2 La visite médicale

- **13 médecins reçoivent la visite médicale (M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M15, M16, M17, M18, M19 et M22).**

M5 : « Je reçois très peu de labos, je les reçois quand même »
M6 : « je discute, je passe du temps avec eux »
M7 : « Oui, oui, je reçois les labos »
M11 : « Oui, je reçois, mais bon, deux par jour »
M16 : « Oui, je les reçois sans rendez-vous »
M17 : « Je ne reçois pas les labos pharmaceutiques, si, j'en reçois 3 par semaine, 6 mois par an, histoire de dire que je les reçois encore un peu »

Parmi ces 13 médecins, 5 les reçoivent, mais ne leur font pas confiance, 7 leur font confiance moyennement.

- **10 médecins refusent la visite médicale (M2, M3, M10, M12, M13, M14, M21, M23, M24, M25).**

La plupart sont des médecins qui ont exprimé clairement qu'ils ne faisaient pas confiance à l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques.
Aucun médecin du groupe des moins de 45 ans ne reçoit la visite médicale.

M2 : « Oh ben ça, ça ne fait pas si longtemps que ça que je les reçois plus, depuis 10 ans à peu près »
M3 : « Je ne les reçois pas, depuis longtemps »
M12 : « -Vous les recevez les labos?
-Quasiment pas »
M13 : « je ne reçois pas la visite médicale »
M14 : «j'ai arrêté de recevoir depuis 13 ans les visiteurs médicaux »
M21 : « Je ne les reçois pas »
M23 : « Je les reçois pas, ça fait 12 ans que je les reçois pas », « j'ai décidé d'arrêter, je me suis aperçu qu'en fait, je les recevais à contrecœur que chaque fois c'était un peu tendu »
M24 : « Je reçois plus, ça fait des années »
M25 : « j'ai jamais reçu »

- **2 médecins n'ont pas répondu à la question (M1 et M20)**

5.3.4.2.3 Les brochures d'informations délivrées par les laboratoires pharmaceutiques

- **4 médecins ne les gardent pas (M17, M20, M22 et M25).**

  M17 : « je ne les prends pas, mais s'ils insistent, ça part à la poubelle »
  M20 : « Je les jette »
  M22 : « Généralement, ils repartent avec »
  M25 : « si j'ai le nom d'un labo, c'est poubelle »

- **Certains médecins les lisent puis les jettent (M7 et M11).**

  M7 : « Je les parcours, je les jette, j'ai une poubelle accueillante »
  M11 : « Je lis quand même et je jette »

- **M5 les conserve.**

  M5 : « J'en conserve quand j'ai un médicament dont je ne connais pas trop le nom pour le retenir s'il n'est pas trop mal pour rendre service »

- **Pour les autres médecins, cette information n'est pas disponible.**

5.3.4.2.4 Explications au manque de confiance dans les laboratoires pharmaceutiques

- **6 médecins évoquent le mercantilisme du message des laboratoires pharmaceutiques (M4, M5, M11, M16, M21 et M22).**

  M4 : « on se rend très bien compte de la part qui peut être commerciale »
  M5 : « si tu commentes un article à un visiteur, t'es mort, ce sont des vendeurs, il saurait te vendre des chaussures usées »
  M16 : « elle est à visée mercantile »
  M21 : « c'est une info, euh comment dire, oui publicitaire, promotionnelle »
  M22 : « C'est de la publicité d'abord »

- **L'industrie pharmaceutique use de plusieurs techniques pour manipuler et, ainsi, faire passer leur message (M2, M5, M4, M6, M16 et M23) :**

  M2 explique que le médecin est manipulé du moment où il reçoit les visiteurs médicaux et que son esprit critique n'est d'aucune aide contre ce conditionnement.

M2 : « le grand argument, c'est de dire « mais je garde mon esprit critique et les visiteurs disent ce qu'ils veulent et moi je prends et j'en laisse » euh, la démonstration a été faite largement sur le fait qu'ils en prenaient, ils en laissaient peut-être, mais ils en prenaient beaucoup aussi et que les gens qui reçoivent des labos ou lisent Le Quotidien du médecin ou vont sur les sites des labos sont influencés d'une manière tangible, mesurable, mesurée »

- **Ils sont omniprésents (M10, M14 et M25)**

M10 : « ça me contrarie beaucoup d'ailleurs, je passe un DU dans une université où j'ai payé 1000 € d'inscription et il y a un petit déjeuner labo avant de commencer un jour sur deux et en plus si vous arrivez, il vous demande de mettre une croix même si vous dites que vous ne touchez rien et que vous n'écoutez rien, il faut juste feinter pour arriver à la fin et qu'ils soient partis ou dire non, donc c'est un peu conflictuel des fois, j'ai été très étonnée »
M14 : « quand vous allez dans des congrès, tous les stands sont tenus par des labos, partout, vous avez la journée des généralistes, les petits dej offerts payés par les labos, donc si vous trainez un peu vous allez repartir avec des tas de documents machins, c'est du forcing et vous allez à Preuve et Pratique, vous ne donnez rien,vous ne prenez rien, mais par le fait de l'inscription, ils ont vos coordonnées et vous avez des pubs régulières sur vos boîtes mail, c'est terrible »
M25 : « il n'y a pas une réunion qui n'est pas régalée, sponsorisée par un labo »

- **Le mensonge (M4 et M16)**

M4 : « ils sont conditionnés à tel point que si on ne prescrit pas leurs produits, au mieux on est ignorant, ils sont là pour lever cette non-connaissance et au pire on est incompétent, je vous en donne un exemple, alors en plus ils ont une technique, quand ils ont un produit et qu'il a 20-25 ans, ils disent : "Ah il y a du nouveau" », « souvent on vous présente les choses avec des larmoiements, euh, bon, c'est la même chose »
M16 : « on vous dit toujours que l'Exelon la ralentit (la maladie d'Alzheimer), je suis un peu gériatre et je peux vous dire, ça ne ralentit rien du tout »

- **La récurrence des visites médicales (M14 et M23)**

M14 : « on avait toujours les mêmes »
M23 : « puis est sorti l'Inexium et pendant 6 mois, j'ai vu que des délégués de labo, toutes les 3 semaines »

- **Une technique de vente efficace (M5)**

M5 : « on leur a appris à démontrer donc t'arrives pas à les convaincre donc faut le prendre, le lire et après on en pense ce qu'on veut »

Et notamment l'usage de la répétition (M6)

M6 : « le labo Servier par exemple, quand j'avais le régional qui venait me parler du Coversyl, devant lui tac tac tac (il écrit des traits sur une feuille) je notais combien de fois il citait Coversyl, la première 83 fois, la deuxième 52 fois, donc, je peux vous dire que j'ai jamais prescrit de

Coversyl et puis il y en a un qui a fait la même chose avec le Tanakan, il était avec le régional et puis voilà, je mettais tac tac et puis il m'a demandé : "excusez-moi qu'est-ce que vous faites ?" " Ben, je compte les fois où vous citez Tanakan que je ne prescrirai pas" et le mec, il a continué, je continuais, le régional lui a tapé sur l'épaule : "bon c'est bon, je crois qu'il a compris", je lui ai dit : "non je crois que vous avez compris" »

- **Ils inventent de nouvelles maladies (M5)**

M5 : « quand on t'invente une pathologie des jambes sans repos quand même non seulement les labos ont réussi à inventer une pathologie et l'ancrer dans la tête des gens pour dire que ça existait »

- **Ils créent une énième copie ou association (M14)**

M14 : « pffff c'est l'énième copie, c'est la vingtième association, j'ai horreur de ces associations fixes qui sont faites pour ne pas être génériquées, ce n'est qu'une astuce »

- **L'inconditionnalité des visiteurs médicaux (M4)**

M4 : « ce labo(Servier) forme ses visiteurs à une espèce formée d'inconditionnalité vis-à-vis du produit, c'est propre à eux, ce qui fait qu'ils sont conditionnés »

- **Les brochures sont illisibles (M20)**

M20 : « Je les jette, elles sont illisibles, il y a des caractères qui sont faits pour être lus et d'autres non (il me montre sur une brochure de labo) »

- **Quatre médecins évoquent les scandales survenus sur certains médicaments : l'affaire Médiator, les nouveaux anticoagulants oraux (NAC), le Multaq et le Traitement Hormonal Substitutif (THS) (M4, M8, M14 et M16). Ces scandales ont entraîné une perte de confiance.**

M4 : « l'affaire du Médiator, moi je la mettrais à part parce qu'ils ont des bons produits, euh, je pense qu'ils se sont pris les pieds dans le tapis, une fois pour ce produit, je ne pense pas qu'il y en ait d'autres, euh, je crois qu'ils ont dérapé, je ne sais pas, je ne pense pas qu'il y avait une intention criminogène »
M8 : « on a vécu avec l'ancienneté pas mal d'expériences, THS des trucs comme ça, on revient dessus vite fait »
M14 : « au début on présentait les médicaments, c'est humain de se dire que peut-être la nouvelle molécule apporte un peu plus pour le patient, au début je testais et combien de fois ça m'arrivait d'utiliser et j'avais les effets secondaires, je m'arrêtais à 10-12 tests, pas plus, et après, au bout d'un an, retrait du médicament parce que hépatite, parce que machin, je me dis ce que j'ai fait à petites échelles, ça venait conforter ce qui était dit par la suite »
M16 : « je me méfie toujours, par principe et ça a toujours été le cas, des nouveaux médicaments, j'ai vu quelques scandales de mise sur le marché de médicaments qui ont été retirés en suivant, le plus beau c'était le dronédarone qui devait remplacer notre pauvre cordarone accusée de tous les maux, on l'a retirée au bout de quelques mois du marché », « la perte de confiance, le médiator,

nous a fait un mal terrible donc ça je ne supporte pas, donc, je me méfie des nouvelles molécules, les nouveaux anticoagulants j'en ai pas prescrit un »

- **La plupart des études en France sont sponsorisées par l'industrie pharmaceutique (M14).**

M14 : « même dans ces grandes études, il y a que très peu de, euh, vous allez en Angleterre, les études sont faites, payées par le service public, donc auquel cas vous arrivez à avoir des conclusions, euh, voilà il y a quelques études américaines comme ça, en Australie aussi, mais chez nous, la plupart sont payées, sponsorisées par les labos donc les conclusions, vous en tirez quoi ?»

- **M14 trouve que les médecins spécialistes ont des rapports plus étroits avec les laboratoires pharmaceutiques.**

M14 : « les cardios sont très fans de ce genre de truc, c'est très compliqué, car quand vous avez un effet secondaire, vous ne savez pas auquel le rattacher et c'est très compliqué d'aller contre le cardio, mais eux ils sont très très fans de ces associations dans le même médicament qui n'apportent rien, eux ils sont sensibles aux labos »

5.3.4.2.5 Certains médecins émettent des nuances quant à la mauvaise foi des laboratoires pharmaceutiques.

- **6 médecins pensent qu'accepter la visite médicale, c'est respecter le travail des visiteurs (M5, M6, M7, M16, M18 et M19).**

M5 : « je les reçois quand même, car tout le monde doit manger »
M6 : « mais autrement, voilà, après ils font leur boulot »
M7 : « Il faut qu'ils vivent et puis c'est tout »
M16 : « j'estime que ce sont des gens qui font un métier comme un autre, donc il faut les respecter en dehors du labo qu'il représente »
M18 : « tout le monde doit bosser »
M19 : « je les reçois par politesse »

- **Recevoir les visiteurs médicaux permet de connaître les nouveaux médicaments (M5, M8, M18 et M21).**

M5 : « ça nous permet de savoir qu'il y a des choses qui sont sorties et d'en avoir un peu l'info, de voir ne serait-ce que la couleur de la boîte ou du comprimé »
M8 : « je les reçois, pour le médicament, je pense que c'est important pour être un peu au courant »
M18 : « il me donne seulement les noms des médicaments »
M21 : « si j'ai loupé qu'il y a un nouveau médicament qui est sorti, je vais entendre le nom, le retenir »

- **Les visiteurs sont honnêtes et subissent la politique de leur hiérarchie (M2 et M5).**

  M2 : « même les visiteurs, ils sont dans l'honnêteté la plupart, ils croient à ce qu'ils disent la plupart, ils ne sont pas dans la tromperie, c'est à n+1 et n+2, au niveau de la hiérarchie des labos qu'il y a un machiavélisme organisé sur le marketing »
  M5 : « les visiteurs, ils y sont pour rien dans la politique de ce qui est fait »

- **M6 et M7 évoquent l'intérêt récréatif de la visite médicale.**

  M6 : « je discute, je passe du temps avec eux »
  M7 : « ça me fait une recréation entre deux patients, du temps où je fumais, je pouvais fumer ma clope »

- **M4 pense que ce comportement est lié à une culture anti-labos mais qu'il ne faut pas généraliser.**

  M4 : « il faut faire attention, car il y a une telle culture anti-labo que, là on se suicide, ça c'est très franco-français, à partir d'un scandale qui est découvert, ce n'est pas parce qu'il y a deux actes de pédophilie dans une école que tous les instits de l'école sont pédophiles, mais on a tendance à dire ça »

- **M16 trouve que l'industrie pharmaceutique est moins agressive.**

  M16 : « l'info du labo a changé maintenant, on en voit beaucoup moins, ça moralise un peu la profession », « ils ont changé leur façon de présenter, on voit qu'il y a une évolution »

- **M16 évoque également le fait que les laboratoires pharmaceutiques sont des victimes du gouvernement qui ne prend pas ses responsabilités.**

  M16 : « les labos sont aussi victimes eux-mêmes quelque part, quand on pense à ces histoires de foutus génériques, le gouvernement ne veut pas prendre ses responsabilités de fixer un prix par molécule »

- **M23 apprécie de participer à des réunions organisées par des laboratoires pour rencontrer des confrères.**

  M23 : « si j'ai envie de faire un tour, en fait, c'est important de rencontrer des collègues, moi, je ne suis pas très très confraternel, j'ai plus de copains chômeurs que médecins, non c'est sympa de voir des gens et de voir des nouvelles têtes »

5.3.4.3 Les confrères et les médecins spécialistes intervenant dans des congrès ou des réunions

5.3.4.3.1 Les confrères

- **Le niveau de confiance accordé**

  - **6 médecins leur font confiance (M9, M11, M15, M18, M21 et M22).**

M9 : « Je fais confiance à la réponse des spécialistes »
M11 : « moi, je fais confiance même si ce n'est pas le bon Dieu »
M18 : « les confrères spécialistes que je choisis en fonction des affinités et en qui j'ai confiance »
M21 : « Le confrère, oui quand même (rire) je lui fais confiance »

  - **3 médecins émettent quelques réserves (M3, M4 et M10).**

M3 : « elle n'est pas souvent fiable, non »
M4 : « c'est-à-dire que je leur fais confiance, oui, étant entendu qu'on les choisit pour cela et il est bien évident aussi que ça n'empêche pas d'avoir un regard critique »
M10 : « Ça m'est arrivé, mais je sais que le niveau de preuve est très bas »

  - **2 médecins ne leur font pas confiance (M13 et M23).**

M13 : « bon moi, je ne le fais pas, ce n'est pas fiable »
M23 : « Je n'en suis absolument pas convaincu »

  - **14 médecins n'ont pas répondu à la question (M1, M2, M5, M6, M7, M8, M12, M14, M16, M17, M19, M20, M24 et M25)**

- **Moyens de communication utilisés**

  - **L'appel téléphonique pour 9 médecins (M4, M5, M10, M17, M18, M20, M21, M22 et M25)**

M4 : « c'est facile de l'appeler sans lui envoyer systématiquement un patient »
M5 : « j'appelle très facilement »
M10 : « j'ai appelé un cardio »
M17 : « ça me gêne pas de les appeler »
M18 : « j'appelle un spécialiste ou du CHU ou des Hôpitaux de Paris »
M20 : « des gens que je peux appeler comme ça »
M22 : « on donne des coups de fil à des confrères spécialistes »
M25 : « j'appelle aussi beaucoup les labos quand je ne comprends pas, donc je parle avec le biologiste »

- **M9 et M12 ne veulent pas déranger le médecin spécialiste avec un appel téléphonique.**

M9 : « mais moi je me permettrais pas d'appeler un confrère en pleine consultation pour avoir une réponse... »
M12 : « Ça je le fais pas par pitié pour les spécialistes, parce que moi quand je vois que le téléphone sonne sans arrêt, c'est impossible »

- **La consultation chez le médecin spécialiste (M8 et M12)**

M8 : « je fais consulter et puis voilà, après je me réfère à leur avis »
M12 : « moi, j'envoie en consultation »

- **Poser sa question directement aux confrères :**

✓ **Lorsque les médecins travaillent en groupe (M13 et M14)**

M13 : « j'ai mes associés aussi, c'est vrai que, parfois on communique par rapport à des choses »
M14 : « je parle avec mes collègues, nous sommes trois au cabinet, donc on discute »

✓ **Lors des réunions du groupe de pairs (M13)**

M13 : « je profite du groupe de pairs pour poser la question à mes collègues »

✓ **Lors des réunions de FMC (M9)**

M9 : « Lors d'une réunion, si c'est une question qui ne nécessite pas une réponse ou une consultation immédiate, lors d'une réunion avec des confrères, là je peux poser une question »

- **Correspondance par mail (M5)**

M5 : « correspondance par mail »

- **Par courrier postal (M4 et M23)**

M4 : « par les courriers »
M23 : « dans les années 80, les spécialistes faisaient des lettres où l'on avait l'explication de la chose et qui étaient d'ailleurs très informatives »

- **Le choix des confrères**

  - **Les médecins choisissent leurs correspondants et créent leur réseau selon leur expérience et s'ils ont l'habitude de travailler avec eux (M3, M11, M14, M16, M19, M20 et M22).**

M3 : « je travaille avec eux tous les jours »
M11 : « Si c'est quelqu'un avec qui on a l'habitude de travailler »

M14 : « Je les sélectionne, au bout de presque 30 ans, on a un réseau, on a pu éliminer ceux qui nous semblaient un peu tordus avec des pratiques un peu bizarres, donc j'ai un réseau »
M16 : « il est bien certain que j'ai mon réseau »
M19 : « j'ai mon réseau de correspondants »
M22 : « Au fil des années, on choisit ses interlocuteurs »

- **Certains médecins choisissent des interlocuteurs du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou de l'hôpital (M4, M5, M14 et M18).**

M4 : « il faut dire aussi que dans le cadre de la FMC, j'étais praticien hospitalier jusqu'à la fin de l'année 2012 et l'hôpital, c'est aussi une source de formation médicale continue »
M5 : « j'ai appelé la fac, un patron », « un réseau hospitalier »
M14 : « après on aura toujours la fac »
M18 : « j'appelle un spécialiste ou du CHU ou des Hôpitaux de Paris »

- **Certains correspondants sont parfois des amis ou des personnes avec qui les médecins ont des affinités (M4 et M18).**

M4 : « j'ai comme ça, des copains à qui je peux me référer si j'ai un problème qui m'ennuie »
M18 : « les confrères spécialistes que je choisis en fonction des affinités »

- **M4 choisit des correspondants qu'il pourrait consulter lui-même.**

M4 : « le critère de choix d'un correspondant doit être ainsi conçu, que si l'on a soi-même un problème, on s'adresse à lui, confier un patient à un chirurgien et l'éviter soigneusement si on a je ne sais quel problème ce n'est pas très honnête »

- **Les raisons du choix des confrères spécialistes comme source d'information**

  - **C'est facile et rapide (M4 et M21).**

M4 : « il est facile d'échanger avec quelqu'un »
M21 : « c'est pour ça qu'on appelle un confrère parce que ça va vite »

  - **Cela permet d'avoir une réponse adaptée au patient (M10 et M21).**

M10 : « en général c'est plus quand il y a un contexte particulier, c'est-à-dire quand le rond des circonstances cliniques fait que c'est difficile de faire rentrer le patient dans des recos »
M21 : « des fois la particularité de la médecine générale fait que dans mes livres ou sur Internet, on n'a pas de réponse et c'est le fait de discuter de l'expérience avec d'autres confrères qui va régler le problème, sur une démarche d'investigation, le confrère pourra nous aider même si ce n'est pas vraiment... Des fois c'est plus facile de parler à quelqu'un pour expliquer le cas que de lire la littérature »

- **Les raisons de la réticence de certains médecins pour faire appel aux confrères spécialistes**

    - **Leur avis est avis d'expert donc un bas niveau de preuve (M10 et M17).**

M10 : « je sais que le niveau de preuve est très bas »
M17 : « On peut lui demander son avis, mais c'est un avis »

    - **Le problème récurrent des conflits d'intérêts (M13 et M23)**

M13 : « on ne sait pas si le correspondant reçoit les labos et se base sur l'info des labos »
M23 : « L'histoire nous a montré que des gens fort renommés et fort réputés pouvaient avoir des conflits d'intérêts terribles »

    - **Les confrères spécialistes ne suivent pas les recommandations (M13).**

M13 : « je ne le fais pas parce que je suis toujours très étonné de leur prescription, le non suivi des recos notamment les cardiologues »

    - **La relation médecin généraliste et spécialiste peut être conflictuelle (M5).**

M5 : « Ce n'est pas facile d'être médecin généraliste, car on est toujours en train de négocier avec le patient, le spécialiste, le collègue qui te prend pour un fou, pour une bille, parce que tu n'es que généraliste et tu as un droit, c'est de te la fermer et d'appliquer », « j'ai des tas de patients, ils ont des ordo que t'en peux plus toi, moi des fois j'ai envie de larguer mes malades, de leur dire puisque l'autre est meilleur qu'ils aillent le voir »

5.3.4.3.2 Les spécialistes intervenant dans des congrès, réunions ...

- **Le niveau de confiance accordé**

    - **9 médecins sont méfiants quant à la qualité des informations délivrées par ces experts (M1, M3, M5, M6, M11, M12, M14, M18 et M22). L'expression « ça dépend » est largement utilisée**.

M1 : « Ça dépend »
M3 : « l'expert, je douterais de lui 10 fois plus »
M6 : « Ça dépend »
M11 : « Euh ça dépend »
M12 : « C'est variable, la qualité est variable »
M14 : « Il y a de tout, des gens bien et des gens pas bien »
M18 : « Je suis très prudent »
M22 : « Ils n'ont pas forcément une bonne information »

    - **5 médecins ne leur font pas confiance (M13, M20, M23, M24 et M25).**

M20 : « Je pense que c'est un peu biaisé »
M23 : « je pense honnêtement qu'ils ne sont pas fiables »
M25 : « Rien, que dalle »

- **2 médecins leur font confiance (M9 et M19).**

M19 : « Je pense qu'elle est fiable »

M23 fait uniquement confiance aux experts intervenants pour l'université.

M23 : « C'est autre chose, c'est une autre pointure, l'an dernier, j'ai fait le DU de maladie d'Alzheimer à Bordeaux, je peux vous dire qu'il y a des intervenants c'est frisou frisou quand même »

- **Les autres médecins n'ont pas répondu à cette question.**

- **Les raisons au manque de confiance**

  - **Les experts ont des liens d'intérêts et sont financés par les laboratoires pharmaceutiques pour 8 médecins (M6, M11, M12, M18, M20, M21, M22 et M24).**

M6 : « par contre, j'aimerais savoir comment il va dans les congrès à droite, à gauche s'il n'y a pas des labos qui lui paient le séjour »
M11 : « ce n'est pas toujours neutre, car ils sont invités par un tel et ils ne vont jamais dire du mal de ceux qui invitent, ce n'est pas toujours objectif »
M12 : « des experts payés par les labos, ça ne va pas du tout quoi »
M18 : « en règle générale les intervenants sont trop payés »
M20 : « Conflits d'intérêts, c'est peut-être un peu gros, on va dire oui, pas beaucoup d'ailleurs »
M22 : « moi, j'en ai vu qui devaient être bien orientés, sur des produits qui ont été supprimés peu de temps après, on avait une démonstration d'une très bonne activité du produit »
M21 : « je pense pour avoir fait des séminaires sur le même type de thème, des fois la réponse n'est pas radicalement différente mais il y a des choses un peu différentes donc des fois on se demande, est-ce que c'est parce que ce n'étaient pas les mêmes labos ? »

M7 note toutefois que les experts sont de plus en plus libres de leurs paroles.

M7 : « C'est vrai que sur des soirées de labo à l'occasion de tel ou tel produit, il y a quand même une certaine liberté des intervenants qui ne vont pas automatiquement prôner la prescription du labo qui nous a invités »

  - **Le niveau de preuve de l'information qu'ils délivrent est bas et certains experts ne sont pas compétents (M1 et M10).**

M1 : « comme tous les experts le niveau de preuve est bas »
M10 : « des fois ils ne sont pas du tout à la hauteur de ce que j'attends »

À l'opposé, M7 et M12 trouvent que les experts sont souvent des personnes compétentes.

M7 : « on a quand même des types qui ne viennent pas là que pour manger, qui maîtrisent leur sujet et ça, c'est très intéressant »
M12 : « on a des spécialistes qui interviennent qui sont extraordinaires, la dernière fois, c'était un psychiatre de Lille, c'était passionnant, l'autre fois, un gastro d'anglet, c'était génial, ça peut être intéressant »

- **Ils ont parfois peu d'expérience du terrain (M6 et M16).**

M6 : « quand est-ce qu'il voit des malades ? »
M16 : « les experts souvent on parle d'une profession que, souvent ils n'ont pas pratiquée, il y a des expertises partout, en maison de retraite, euh, quand vous êtes sur le terrain ça apporte une aide, c'est sûr, mais, euh, on a souvent des gens qui ont eu une formation tout à fait circonstanciée, mais qui n'ont pas d'expérience du terrain donc il donne un éclairage aux gens qui sont les mains dans le cambouis et ils les désarçonnent un peu, donc le mieux est l'ennemi du bien »

- **Les critères garants d'une information de qualité**

  - **Cela repose à nouveau sur les conflits d'intérêts et leur déclaration. La confiance est accrue quand les médecins experts citent leurs liens d'intérêts (M1, M6, M13 et M14).**

M6 : « il nous l'a dit avant son truc pour tel, tel, tel labo donc conflits d'intérêts, s'il y avait 5 ou 6 labos qui se font concurrence », « comme il avait tous les labos qui prescrivent les sérotoninergiques... mais c'est la première fois qu'on fait ça et je trouve que c'est bien »
M13 : « qu'ils nous disent quels sont leurs conflits d'intérêts et après on discute »
M14 : « des gens, on sent vraiment qu'ils sont, qu'ils voisinent, qu'ils sont très très proches des labos et d'autres, ils font leur boulot d'expert, mais bon ,ça, ça tient plus à la personne, ça m'étonnerait qu'on arrive à afficher les conflits d'intérêts »

  - **Cela repose sur leurs travaux précédents, leur bibliographie, le thème de la réunion et son organisation (M1, M6, M12 et M16).**

M1 : « Ça dépend, comment ils font leur topo »
M5 : « en général il faut savoir qui ils sont, d'où ils viennent ? »
M12 : « tout dépend de ce qu'on leur demande »
M16 : « j'ai fait 2 séminaires de communication, c'était passionnant et c'étaient des gens qui sont intéressants »

  - **M6 a plus confiance en les experts quand il les choisit ou qu'il a l'habitude de travailler avec eux.**

M6 : « Ça dépend, si c'est nous qui l'avons choisi, ce sont des gens avec qui on a l'habitude de travailler »

5.3.4.4 Les sociétés savantes

5.3.4.4.1 Usage des sites de ces sociétés pour la recherche documentaire

- **13 médecins n'utilisent pas les sites ou documents des sociétés savantes (M7, M9, M11, M12, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20, M22 et M25).**

M11 : « Société Française de Gastro, de Pneumo, de machin, je sais que ça existe mais j'y vais pas »
M12 : « Ah oui, j'en ai entendu parler, mais je crois qu'on peut y accéder, comment par Internet? Ah oui, à un moment donné, je ne sais pas comment je m'étais embarquée dans la diabèto, j'ai laissé tomber »
M19 : « je connais de nom »
M22 : « Je n'y vais pas tellement non »

Parmi les 13 médecins, 4 ne connaissent pas (M9, M14, M15 et M20) et M9 semble confondre avec d'autres sociétés.

M9 : « J'en connais quelques-unes oui, mais je n'y vais pas, car c'étaient des sociétés surtout basées en région parisienne »

- **11 médecins utilisent les sites ou documents des sociétés savantes (M1, M2, M3, M5, M6, M8, M10, M13, M21, M23 et M24).**

M5 : « De temps en temps j'y vais oui »
M8 : « Oui, je dois y aller, c'est fiable »
M13 : « Oui, ça peut m'arriver »
M24 : « si je ne trouve pas au début, c'est là que je mets les mots sociétés savantes pour mieux cibler »

- **M4 n'a pas répondu à la question.**

5.3.4.4.2 Qualité

- **5 médecins doutent de la fiabilité des sociétés savantes (M2, M5, M11, M13 et M21). Ils évoquent à nouveau les conflits d'intérêts au sein de ces sociétés et des recommandations qui sont parfois contradictoires avec celles de la HAS.**

M2 : « on a vu ce que ça a donné pour les PSA dans le dépistage du cancer de la prostate par la société d'uro, on a vu ce que ça donne pour la société de cardio pour tout un tas d'autres domaines, en particulier les anticoagulants, sur la tension artérielle »
M5 : « pas fiables, ils sont tous dans des congrès payés par les labos, où ils ne payent rien, ils bouffent et... ils sont payés 800 € en moyenne pour intervenir quand ce n'est pas 2000, faut leur demander, ils sont convaincus de donner la bonne info »
M11 : « on peut prendre l'exemple, ne serait-ce que du dosage du PSA pour la prostate, les uro mettent un doigt dans le derrière et voit les patients tous les 6 mois avec le PSA... »
M13 : « je le prends pas pour argent comptant, je vais chercher une autre source d'info et je vais essayer de recouper, quand on voit les sociétés savantes, ce qu'ils recommandent par exemple celle d'urologie, de cardiologie, de gastro-entérologie, on a tous les jours des exemples qui nous font dire que ce n'est pas toujours recommandable »
M21 : « on recoupe les infos »

- **Pour M1, le niveau de preuve est plus élevé qu'un avis d'expert.**

M1 : « c'est mieux qu'un avis d'expert »

- **M8 pense que c'est fiable.**
  M18 et M12 n'y vont pas régulièrement, mais ont une bonne opinion, M18 pense qu'elles sont indépendantes.

M8 : « c'est fiable »
M12 : « a priori pourquoi pas, ça m'intéresserait »
M18 : « je n'y vais pas, mais je pense que ça peut être intéressant, c'est plutôt bien, car indépendant »

5.3.4.4.3 Le mode d'accès à ces sites

- **4 médecins y vont directement (M2, M3, M6 et M24), M2 et M3 consultent surtout le site de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et M6 la Société Française de Rhumatologie.**

M3 : « Des généralistes oui, des spécialistes d'organes jamais, ou rarement, très rarement, il m'est arrivé d'y aller pour faire des expertises pour des séminaires notamment sur la SFC »
M6 : « Je regarde la rhumato et puis les articles de Lecart et la Société Européenne de Rhumato »

- **5 médecins utilisent les liens qui sont présents dans d'autres sites (M2, M6, M8, M21 et M23).**

M2 : « pas directement, parfois Lemanissier ou CISMeF me renvoie sur des publications des sociétés savantes auquel cas je les regarde »
M6 : « en cardio aussi, mais ça, c'est par le biais d'Univadis»
M21 : « la cardio, je l'avais trouvée par un site »

M23 : « quand on tape sur Google trois trucs, ça sort »

5.3.4.4.4 Les raisons de leur utilisation

- **3 médecins vont sur ces sites en dernier recours (M1, M10 et M24).**

M1 : « Quand je n'ai rien d'autre oui, quand je n'ai pas de recos et de niveau de preuve, je les utilise »
M10 : « Oui, ça m'est arrivé quand je ne trouve pas de réponse »
M24 : « quand je ne trouve pas des trucs précis, je tape ça »

- **Certains médecins utilisent ces sites pour leurs travaux d'enseignement (M3 et M10).**

M3 : « il m'est arrivé d'y aller pour faire des expertises pour des séminaires »
M10 : « pour le cours de gynéco que j'avais fait quand il n'y avait pas de réponse, pas d'articles scientifiques ou d'études qui ont été faites et qu'il n'y a rien dans Prescrire et dans les recos et ben, j'allais là »

- **M2 consulte le site de la SFMG pour le DReFC qui reprend les recommandations et est plus pratique que la HAS ou la Bibliothèque Lemanissier.**

M2 : « j'utilise le truc de la SFMG, le euh, euh, qui reprend toutes les recommandations, je l'ai sur mon bureau d'ordi, euh c'est la SFMG qui reprend toutes les recos, c'est plus accessible que d'aller bidouiller sur l'HAS qui est inutilisable, avant j'utilisais, euh, Lemanissier mais le truc du SFMG ça remplace »

5.3.4.5 Les journaux d'information

5.3.4.5.1 Lecture de ces journaux

- **Tous les médecins reçoivent les journaux d'information même s'ils n'y sont pas abonnés.**

3 médecins ont noté qu'ils en recevaient moins qu'avant (M2, M11 et M24).

M2 : « Le Quotidien du médecin, que je reçois de temps en temps, mais beaucoup moins, je reçois un numéro par mois maintenant, alors qu'avant c'était tous les jours, j'en reçois beaucoup moins »
M11 : « Je reçois, de temps en temps, pas régulièrement comme avant »

M24 : « avant on en recevait plus que ça, avant par semaine, j'en avais plein et au début je regardais et après j'ai compris, j'en avais des piles, tous les jours ou les 2 jours, ça a dû leur coûter cher, ils ont arrêté »

- **8 médecins ne lisent jamais ces revues (M1, M2, M3, M10, M13, M18, M20 et M25).**

  3 médecins sont des médecins enseignants et 3 médecins font partie du groupe des moins de 45 ans.
  J'ai pu noter à plusieurs reprises l'usage du mot « poubelle » et l'expression « je ne les ouvre pas ».
  M20 ne les lit pas parce qu'il n'a pas le temps mais aimerait y consacrer plus de temps.

  M1 : « Je ne les lis pas, exceptionnellement une fois par an et puis j'y vais jamais pour de la recherche doc »
  M2 : « Je ne les ouvre pas », « je n'enlève même pas la pellicule plastifiée »
  M3 : « À la poubelle »
  M10 : « Ils partent dans la poubelle, je ne les ouvre pas »
  M13 : « Ah oui, ils partent directs à la poubelle, je les ouvre même pas »
  M20 : « j'aimerais y consacrer quelques heures par semaine, mais je consacre assez peu de temps »
  M25 : « j'ai demandé mille fois qu'ils me les envoient plus »

- **17 médecins les lisent ou les parcourent quand des sujets les intéressent (M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M14, M15, M16, M17, M19, M21, M22, M23 et M24)**

  La plupart des médecins ne s'y attardent pas si je regarde le vocabulaire qu'ils emploient : « jeter un œil », « parcourir » et « tourner les pages ».

  M4 : « Comme bibliographie oui, quelques-uns du Quotidien du Médecin »
  M5 : « De temps en temps on les reçoit, j'y jette un œil »
  M6 : « Je lis quelques articles »
  M7 : « J'en reçois, je les parcours et éventuellement si un article m'intéresse, je vais chercher un petit peu plus loin »
  M8 : « Ça m'arrive de les parcourir, c'est rare »
  M12 : « Ça m'arrive si, par exemple, il y a un article qui peut m'intéresser, ce n'est pas systématique, quelquefois ils partent à la poubelle sans être ouverts, mais si, en avant, je vois quelque chose qui m'intéresse, je le lis voilà »
  M14 : « Je ne regarde pas systématiquement, mais il y a des articles, je regarde »
  M16 : « Je les lis pas tous (rire) je fais un rangement vertical souvent parce que bon, il y a des titres qui accrochent, c'est fait pour ça »
  M21 : « Ça dépend vraiment, Le Quotidien, je ne le lis pas, je n'aime pas, et les autres, je regarde s'il y a quelque chose qui m'intéresse »
  M22 : « Je les parcours, c'est vrai que je vais regarder s'il y a un article qui m'intéresse, s'il y a quelque chose qui a l'air d'être différent, ça va attirer mon œil »
  M23 : « Je tourne les pages, quand il y a un article qui m'intéresse je le prends, je le découpe et je lis les annonces (rire) »
  M24 : « je regarde juste ça, là, ce qu'ils disent, si ce n'est pas un truc qui m'intéresse »

5.3.4.5.2 Qualité

- **6 médecins pensent que ce n'est pas vraiment fiable et qu'il faut rester critique en ce qui concerne l'auteur et ses conflits d'intérêts (M2, M5, M6, M12, M14 et M24).**

  M2 : « Il y a à la fois des conflits d'intérêts et un désintérêt majeur »
  M5 : « ça dépend de qui fait les articles, qui il est et quels conflits d'intérêts »
  M6 : « ce n'est pas pour moi une référence »
  M12 : « après souvent à la fin de l'article, on voit le labo tartempion et vous vous dites "ah ouai d'accord" (rire) »
  M14 : « C'est moyen, très moyen, très très moyen »
  M24 : « Non, il y a des conflits d'intérêts, (il feuillette un journal) il y a une page avec 3 lignes et au-dessus une pub, je ne sais pas ce que c'est, après vous voyez, vous avez quelque chose sur l'arthrose et vous avez une pub sur l'arthrose, mais c'est que ça, ça devient ridicule quoi, quel crédit on peut accorder à ça ?»

- **M9 pense que c'est fiable. 3 médecins les citent comme source d'information principale (M4, M15 et M19),** ***Le Quotidien du Médecin*** **pour M4 et** ***Le Généraliste*** **pour M15 et M19.**

  M9 : « pas de raison que ça ne soit pas fiable »

- **Les médecins les parcourent surtout pour les actualités médicales et professionnelles et pas les informations médicales à proprement parler (M8, M9, M11, M14, M16, M17, M21, M22, M23 et M24).**

  M8 : « je m'attache plus à lire les actualités professionnelles et syndicales que les articles de ces journaux »
  M9 : « il y a souvent des nouveautés »
  M11 : « il n'y a pas que la pratique, il y a les politiques de santé, l'avenir de notre profession, on a des petits éléments »
  M14 : « c'est plus pour l'actu »
  M17 : « Le Quotidien du médecin, c'est l'Ici Paris de la médecine, c'est bien, faut quand même un peu sortir de Prescrire, il faut s'ouvrir l'esprit quand même (rire) les actualités, parfois, quand même, il peut y avoir des articles intéressants, souvent, ce sont des articles qui n'ont rien à voir avec de la médecine : les expositions, les voitures ....Ben oui sur la fiscalité sur ... Quelle est la meilleure voiture pour le docteur? Quels sont les meilleurs voyages pour le docteur ? »
  M21 : « C'est pour les actualités »
  M23 : « ça peut être très très général, c'est l'augmentation des honoraires dernièrement, intervention en EHPAD... »
  M24 : « des trucs d'actu sur la profession par exemple, des trucs où ils n'ont pas intérêt à mentir comme la FMC ou des changements au niveau de la sécu ou des trucs comme ça »

5.3.4.6 Les journaux de formation

5.3.4.6.1 Prescrire

Comme il a été vu précédemment, 12 médecins citent *Prescrire* dans leurs principales sources d'information.

15 médecins sont abonnés à *Prescrire* (M1, M2, M3, M5, M10, M11, M12, M13, M14, M16, M17, M21, M22, M23 et M24)

- **Les raisons de cet engouement**

    - **Les médecins lui font confiance et *Prescrire* est devenue la référence, même pour certains médecins qui n'y sont pas encore abonnés (M1, M2, M3, M4, M5, M10, M11, M12, M13, M16, M18, M19, M21, M22, M23, M24 et M25). M4 compare même *Prescrire* à la Bible.**

M1 : « je leur fais confiance plutôt »
M2 : « je me fie à Prescrire, je leur fais confiance »
M3 : « Pour moi oui, très fiable, je suis un fana, partisan »
M4 : « Il y a la revue Prescrire à laquelle je ne suis pas abonné, mais je vais peut-être finir par m'y mettre, car j'en entends tellement parler, je pense que, l'année prochaine, je vais m'y abonner à Prescrire, Prescrire c'est la Bible »
M11 : « ce n'est pas mal »
M12 : « oui, écoutez j'en suis pas mécontente »
M13 : « pour Prescrire et Thériaque, je n'ai aucun doute pour avoir fait des recherches dessus pendant ma thèse »
M14 : « c'est une source indépendante fiable »
M16 : « Prescrire je leur fais confiance »
M17 : « Prescrire, oui c'est vrai, j'avais oublié les fondamentaux, comme quoi c'est tellement devenu une habitude »
M18 : « après c'est bien fait et ils ont souvent raison »
M19 : « Je ne suis pas abonnée à Prescrire, mais je sais que c'est très bien et que c'est une référence »
M22 : « C'est vrai que, lorsque Prescrire dit certaines choses, on a plus tendance à croire cela qu'un article lu dans un journal »
M23 : « Ah, j'en pense que des bonnes choses sinon je serais plus abonné »
M24 : « avec les années, je me suis aperçu que le temps leur a donné raison »
M25 : « j'aimais bien cette revue qui était très critique »

    - ***Prescrire* est indépendant et a un financement autonome (M2, M10, M14, M22, M23 et M24).**

M2 : « Prescrire je leur fais un crédit de confiance sur la base qu'ils ont un financement autonome, qui ne sont pas dépendants de l'industrie pharmaceutique »

M10 : « ils ne sont pas liés à l'industrie pharmaceutique et qu'ils sont plutôt militants contre donc c'est ça une info fiable »
M22 : « Par rapport à l'intégrité »
M23 : « ce que je reconnais à Prescrire c'est son indépendance, j'espère qu'elle ne sera pas discutée par rapport à l'industrie pharmaceutique, c'est une excellente chose »
M24 : « À partir du moment où il n'y a pas de pub »

- **C'est de la littérature tertiaire et une revue systématique méthodique, *Prescrire* facilite donc le travail du médecin généraliste en réalisant des synthèses d'articles (M1, M2, M10 et M24).**

M1 : « Prescrire il n'y a pas de problème, c'est de la littérature quaternaire donc il me mâche le travail »
M2 : « quand c'est de la littérature tertiaire comme Prescrire, évidemment je ne vais pas lire les études, par exemple Prescrire c'est assez contradictoire, Prescrire, ils ont une méthodologie, c'est une revue systématique de la littérature donc toutes les études qu'ils utilisent pour faire un article sont indexées, je ne vais évidemment pas les ouvrir et les lire, parce qu'à 99 %, elles sont en anglais et en plus, je ne vais pas perdre mon temps, je considère que Prescrire est là pour faire ce travail donc je ne vais pas les lire »
M10 : « moi, je ne sais pas critiquer une méthode d'étude, mais bon surtout pour Prescrire, j'ai décidé de leur faire confiance comme ça, ça me facilite la tâche (rire) je pars du postulat qu'ils savent critiquer ça, donc je prends leur critique comme telle »
M24 : « après ils font des recherches, ils expliquent quelle technique ils utilisent »

- **Les médecins l'utilisent surtout pour les questions de thérapeutique (M1, M21 et M24).**

M1 : « si c'est une question de thérapeutique, j'ai la revue Prescrire »
M21 : « Prescrire, pour ce qui est médicamenteux »
M24 : « Prescrire pour les médicaments, je regarde que là-dedans »

- **M23 note que *Prescrire* est en plein développement et représente même une référence pour les médias.**

M23 : « je pense qu'il y a dû avoir plus d'abonnements avec toutes ces histoires, ça a dû se développer, parce que j'ai trouvé que ça se développait, il y a des formations à Prescrire, avant non, il y a eu après des trucs avec l'Angleterre, ils écrivent un peu en anglais et quand on voit les lecteurs émérites Prescrire, on voit qu'il y a des gens à l'étranger donc j'ai l'impression que ça se développe et aussi quand il y a eu le Diantalvic, ils ont arrêté pas mal de médicaments, les médias prenaient comme référence Prescrire et on voyait le rédacteur en chef qui s'exprimait dans les médias »

- ***Prescrire* n'a pas que des qualités aux yeux des médecins.**

  - **En opposition au terme de la Bible utilisé par un médecin, je retrouve cité à plusieurs reprises un autre terme religieux moins positif : *Prescrire* est comparé à un ayatollah, *Prescrire* est trop précautionneux et, finalement**

rend la tâche du médecin généraliste plus difficile (M5, M7, M11, M14, M18, M22 et M23).

M5 : « Prescrire, ce sont un peu les ayatollahs, de temps en temps ils vont un peu trop dans un sens »
M7 : « c'est vraiment nous pourrir l'exercice au quotidien, quand on se retrouve avec une maman inquiète et un bébé qui tousse et qu'on lui dit : "non madame, je ne vous donne rien", non ça ne se passe pas comme ça dans la vraie vie »
M11 : « parfois ça casse méchamment beaucoup de médicaments », « c'est peut-être parfois un peu trop radical, mais quand même ça permet de faire le ménage »
M14 : « ils sont toujours très très précautionneux, un peu trop précautionneux, avec eux c'est toujours s'il ne faut juste pas prescrire du tout, de l'eau bénite, c'est la solution »
M18 : « c'est plutôt "Pas Prescrire" »
M22 : « je ne prescris plus rien d'ailleurs (rire), ça freine beaucoup et bon, on continue quand même à prescrire malgré tout, malgré Prescrire, il serait un peu ayatollah »
M23 : « Je pense que Prescrire se comporte parfois comme des ayatollahs des médicaments », « c'est ça que je reproche un peu à Prescrire, on a vraiment l'impression que c'est tout ou rien et ça pose un autre problème, c'est comment évaluer un médicament si personne ne le prescrit, c'est impossible »

- **Les rédacteurs de *Prescrire* ne sont pas sur le terrain, ils ne se rendent pas compte de la vraie problématique des médecins généralistes qui exercent une profession basée sur le relationnel et non sur la prescription (M14 et M20).**

M14 : « ce sont quand même beaucoup de gens qui étudient et qui sont derrière leurs bouquins donc peu de contacts avec le patient et un peu coupés de la prescription, c'est un peu trop dans l'excès »
M20 : « maintenant j'ai une irritation contre Prescrire », « j'ai trouvé un peu trop dogmatique, au début, je me suis abonné et après je me suis dit, mon boulot fondamentalement ce n'est pas de pinailler sur les connaissances par rapport aux médicaments dans le sens où la médecine que je fais au cabinet, c'est du relationnel, on prescrit des médicaments bien sûr, mais je ne vais pas m'attacher à la pharmaco des médicaments et du détail de ceci, cela »

- **Pour M2, parfois l'avis de *Prescrire* est différent de l'ensemble des autres sources, cela pourrait être lié à des a priori idéologiques.**

M2 : « ceci dit il y a des choses qui me troublent dans Prescrire, il y a des positions de Prescrire, par exemple, sur la mammo, sur la vaccination, qui ne me paraissent pas conformes aux infos que j'ai par ailleurs »

- **M2 ajoute également que dans *Prescrire*, il n'y a pas de déclaration de liens d'intérêt.**

M2 : « bizarrement Prescrire, il n'y a pas de déclaration d'intérêt, donc la déclaration publique des liens d'intérêt, même si c'est une obligation légale, pour Prescrire, pour des raisons diverses sans doute, il n'y a pas ça »

- **M23 exprime, tout de même, sa méfiance au vu des scandales actuels.**

M23 : « Attends, peut-être qu'un jour, on va nous expliquer que le rédacteur en chef de Prescrire, mais, en fait il s'acoquine bien avec Sanofi ou qui sait? Je n'ai plus confiance »

5.3.4.6.2 Les autres revues

- ***La Revue du Praticien***

  4 médecins y sont abonnés (M5, M16, M19 et M21).
  3 médecins l'ont citée parmi leurs sources principales (M5, M19 et M21).

  C'est une revue intéressante pour 5 médecins (M4, M5, M16, M18 et M19).

  M4 : « les revues médicales comme La Revue du praticien, Le Concours médical, sont des infos fiables sérieuses »
  M16 : « -Vous trouvez ça intéressant?
  -Oh oui, il y a des articles où parfois je ne comprends pas tout »
  M18 : « pour La Revue du praticien et Le Concours médical, je pense que ce sont deux bonnes revues »

  M2 lisait régulièrement la rubrique Internet du Dr Eveillard.

  M2 : « il y a une rubrique sur les recherches Internet dans les dernières pages, tenues par un mec qui donne des tuyaux sur les recherches Internet, je regardais ça »

- **Le Concours Médical**

  3 médecins sont abonnés (M4, M12 et M19).
  2 médecins la citent comme source principale d'informations.

  5 médecins pensent que c'est une revue intéressante (M4, M5, M18, M19 et M20).

- **M6 ne voit pas l'intérêt de ces deux revues, car ce sont des cours magistraux et ce n'est donc pas adapté à la pratique en médecine générale.**

  M6 : « Non j'étais longtemps abonné au Concours Médical et à La Revue du praticien et là j'ai arrêté parce que ce sont des cours trop magistraux et, dans ma pratique, ce n'est pas ce que je recherche »

- **5 médecins sont abonnés à d'autres revues (M3, M5, M10, M17 et M23).**

  M3 est abonné à *Exercer.*

M5 est abonnée à *La Revue Pédiatrie*, *La Revue Française du Dommage Corporel* et au *JIM*.
M17 est abonné à *La Revue Française du Dommage Corporel*.
M10 est abonnée à *Pratique*.
M23 est abonné à *La Revue de Gériatrie* et *Escarre*. M23 explique que *La Revue de Gériatrie* indique les conflits d'intérêts tandis que, dans *Escarre*, il n'y a pas du tout de publicité.

M3 : « je suis abonné à Exercer aussi »
M5 : « Revue Pédiatrie pratique, Revue de Dommage corporel », « je suis abonnée à JIM »
M10 : « Je suis abonnée à Pratique »
M17 : « je suis abonné à d'autres revues : Le Dommage corporel »
M23 : « La Revue de gériatrie, euh oui, enfin, les gens citent leurs conflits d'intérêts donc voilà, c'est honnête », « Escarre, eux par contre, ce n'est pas eux qui font de la pub pour les labos »

5.3.4.6.3 Pas d'abonnement

6 médecins n'ont aucun abonnement (M6, M7, M8, M9, M15 et M20).
Parmi ces 6 médecins, 3 ne font pas non plus de FMC (M7, M8 et M15).

5.3.4.7 Les moteurs de recherche

5.3.4.7.1 Utilisation

23 médecins utilisent Google.
Seul Google a été cité, les autres moteurs ne sont pas utilisés.
Google a été cité 16 fois dans les sources principales d'information.
2 médecins n'utilisent pas de moteur de recherche (M15 et M19) mais M19 voudrait commencer.

M19 : « je n'utilise pas, même si j'ai la volonté de me mettre aux recherches par Internet »

5.3.4.7.2 Qualité

- **9 médecins pensent que Google peut donner accès à des informations de qualité, si on use de son esprit critique et que l'on sélectionne les « bons » sites (M3, M4, M5, M6, M9, M11, M13, M20 et M24).**
  Ils ne sélectionnent pas les sites grand public (M6 et M24).

M3 : « Après je regarde si c'est Doctissimo ou Sante Féminin ou je ne sais pas quoi »
M5 : « je regarde qui c'est qui l'écrit quand même »
M6 : « après j'essaie de retrouver les bons sites, je ne vais pas regarder Doctissimo ou voilà quoi »
M9 : « ça peut être le moteur de recherche et je vérifie quelles sont les sources puis par rapport à mes connaissances, je compare la réponse donnée et puis voilà, en gros c'est comme ça »
M13 : « je passe par Google et là je sélectionne et je choisis des sites universitaires ou des sites sociétés savantes »
M20 : « Il y en a qui me paraissent cons, et d'autres comme Université machin qui a fait un article sur... »
M24 : « je tape sur Internet et je regarde en fonction du site, si c'est un site de fac universitaire, des fois c'est au Canada, au Maghreb ou en Suisse, donc des fois ça peut être ça, des fois des sociétés savantes d'urologie et tout ça »

- **5 médecins qui ont cité Google dans leurs sources d'information principales pensent que c'est fiable et sont convaincus de savoir distinguer une information fiable d'une information biaisée sur le net (M7, M8, M18, M22 et M25).**

M18 : « quand j'ai trié, je pense que c'est fiable »

- **3 médecins expliquent qu'ils sont moins exigeants quant aux réponses qu'ils peuvent obtenir par Google (M1, M2 et M8). Certains avouent même consulter des sites grand public et des forums de patients (M2, M6, M8, M18 et M25).**

M1 : « je regarde un peu en tout -venant »
M2 : « je vais sur des sites y compris des sites grand public »
M6 : « des fois, les forums, je regarde, parce que ce sont les discours des gens et ce qu'ils ressentent »
M8 : « je fais des recherches sur Google et je navigue donc je ne fais pas trop attention », « Doctissimo ça refait les bases, c'est synthétique et ça resitue les choses »
M18 : « je tombe alors sur deux types de sites : les sites grand public et les sites universitaires, je recoupe donc ensuite sur plusieurs articles. Je trouve que les forums sont intéressants, car il traite du ressenti des patients, j'ai un grand intérêt pour les groupes de paroles »
M25 : « Doctissimo je vais le faire pour une plante, car les gens quand ils viennent vous voir, ils prennent tout un tas de trucs exotiques que je ne connais pas donc là, je vais être moins regardant »

- **3 médecins pensent que la recherche par Google ne donne pas accès à des informations de qualité (M11, M12 et M14).**

M11 : « Pffff, je n'aime pas beaucoup, les infos du tout-venant, je n'aime pas »
M12 : « Ben, j'ai des doutes quelquefois, souvent ce que je sais est là, je confirme le plus souvent ce que je sais, mais quand j'ai des choses plus pointues, ben là je suis souvent vachement déçue »
M14 : « Non non sur Google, il y a tout, le meilleur et le pire »

5.3.4.7.3 Les raisons de leur utilisation

- **Les médecins l'utilisent parce que c'est facile et rapide (M1, M3, M5, M12, M21, M23 et M25).**

M1 : « Google pour aller vite »
M5 : « on peut faire Google PDF pour avoir des infos donc je fais comme les autres Google PDF, c'est la loi des fainéants », « ça va très vite »
M12 : « ça doit aller vite »
M21 : « l'information sur Internet est facile d'accès, rapidement »
M23 : « j'y vais par Google, je ne suis pas un grand informaticien (rire) »
M25 : « je tape le mot sur Google pour aller vite »

Ils l'utilisent donc surtout pendant la consultation (M2, M3, M5, M10 et M16).

M2 : « en général en consultation, je fais des clics, mais quand je fais des clics, je vais sur Google »
M3 : « en consultation, ça m'arrive »
M5 : « si ça me coince pendant la consultation, je fais Google PDF »
M10 : « Ça a dû m'arriver, mais pour une question que je me pose en consultation »
M16 : « ici au cabinet »

- **Certains médecins l'utilisent en dernier recours (M1) et certains insistent sur la surabondance d'informations sur Google (M4, M18, M20 et M24).**

M1 : « quand je suis infructueux »
M4 : « Vous allez sur Google, vous tapez "leptospirose ictèro hémorragique" et vous trouverez une quantité d'articles »
M18 : « avec ce moteur, je trouve toujours une réponse »
M20 : « j'ai eu toute une série d'articles dessus donc, moralité, ça existe, si ça existe il y a un article, si ça n'existe pas, non, donc ça existe (rires) », « voilà, c'est assez pratique, car il y a des pathologies rares »
M24 : « il n'y a pas tout, des trucs, des maladies rares et tout ça, je tape sur Internet »

- **Les médecins ne font pas de « vraies » recherches sur Google, ils s'y rendent pour des questions ponctuelles, confirmer ce qu'ils savent déjà ou pour ce qui traite de médecine non conventionnelle (M2, M3, M8, M14 et M20).**

M2 : « je ne fais pas des vraies recherches, sur Google, je vais chercher un truc ponctuel que j'ai besoin pour me recadrer, mais je n'appelle pas ça des recherches, je vais à la pêche »
M3 : « Ça m'arrive de l'utiliser, je l'ai fait cet après-midi pour un médicament, un pseudo médicament pour perdre du poids, j'ai été sur Google, j'ai tapé Google, oui, ça peut m'arriver »
M8 : « ça refait les bases, c'est synthétique et ça resitue les choses »
M14 : « ça m'arrive, j'ai tapé hier sur un médicament que je ne connaissais pas, c'est quoi ça l'Arterin? Je ne savais pas ce que c'était et j'avais déjà des patients qui avaient été traités avec ça »

M20 : « souvent sur Internet c'est par rapport à des questions que des patients me posent, par exemple, j'ai pris telle plante et donc telle plante qu'est-ce que c'est ? »

5.3.4.8 Les banques de données bibliographiques

5.3.4.8.1 CISMeF

- **Usage**

  - **8 médecins ont cité CISMeF dans les sources d'information principales (M1, M2, M3, M6, M10, M17, M21 et M25).**

  - **10 médecins vont parfois sur CISMeF (M5, M7, M11, M12, M13, M18, M20, M22, M23 et M24).**

M12 : « Oui, j'y suis déjà allée »

  - **7 médecins parmi les 10 sont envoyés sur CISMeF par d'autres sites (M5, M7, M11, M18, M20, M23 et M24).**

M5 : « J'y vais de temps en temps et ça, tu y vas avec le JIM »
M7 : « Oui, CHU de Rouen, on y revient régulièrement »
M11 : « je ne sais pas si c'est Vidal Recos ou Vidal Expert, je sais plus lequel, hier soir, j'ai regardé un truc, ça devait être Vidal Recos qui m'a conduit sur CISMeF pour trouver un truc pas mal »
M18 : « CISMEF, je tombe souvent dessus en passant par Google »
M20 : « Je suis tombé dessus »
M24 : « Oui mais un peu moins maintenant, c'est une des premières facs à avoir fait un site, je tombais tout le temps dessus, maintenant un peu moins »

- **Qualité**

Beaucoup de médecins trouvent que CISMeF est fiable et que c'est une plate-forme intéressante (M3, M6, M17, M18, M20 et M21).

M3 : « CISMeF, c'est le CHU de Rouen, je pense que c'est fiable »
M6 : « c'est peut-être le site le plus intéressant, on peut dire »
M17 : « c'est intéressant »
M18 : « il y a de bons articles »
M20 : « on est content quand on tombe sur des trucs comme ça »
M21 : « il y a des sites universitaires qui sont assez intéressants CHU de Rouen aussi »

- **Raisons d'utilisation**

  - **M13 utilise CISMeF en dernier recours.**

M13 : « si je ne trouve pas ailleurs je vais aller là-dessus »

  - **Pour M23, CISMeF est utile pour les travaux d'enseignement.**

M23 : « CISMeF, c'est pour les gens qui font des thèses ça ! »

- **Inconvénient**

M2 reproche à CISMeF de ne donner accès qu'à des sources européennes.

M2 : « CISMeF c'est surtout belge, les sources sont surtout européennes, ils ne vont pas chercher, il faut souvent pour avoir les recos canadiennes, aller taper spécifiquement sur les sources d'université du Québec, etc. c'est difficile, je ne sais pas pourquoi ,mais c'est alimenté par les articles des revues belges et suisses, européennes »

5.3.4.8.2 PubMed

- **Usage**

  - **5 médecins peuvent l'utiliser (M5, M10, M13 et M23).**

M10 : « C'est dans ma check-list »
M23 : « j'y suis allé »

  - **3 médecins accèdent à PubMed par d'autres sites (M5, M6 et M23).**

M6 : « C'est dans Univadis, ça nous met »

- **Qualité**

M9 et M24 trouvent que c'est une banque de données intéressante.

M9 : « PubMed tout ça, je fais plus mais c'est vrai que c'est intéressant »
M24 : « j'ai l'impression que c'est sûr que c'est mieux »

- **Raisons d'utilisation**

M10, M13 et M25 qui font partie du groupe des moins de 45 ans utilisent PubMed pour les travaux d'enseignement et les recherches dans le groupe de pairs.

M10 : « après si c'est pour un cours, mais si c'est le truc que je veux faire l'année prochaine, je vais y aller quoi, mais avec tout mon truc »
M13 : « après c'est vrai qu'il y a des fois on se pose des questions par rapport au groupe de pairs, si c'est à moi de faire de la recherche bibliographique, je préfère aller sur PubMed »
M25 : « j'ai beaucoup utilisé ça pour ma thèse »

5.3.4.8.3 Les médecins qui ne vont jamais sur les banques de données bibliographiques

7 médecins n'utilisent ni CISMeF ni PubMed pour leurs recherches (M4, M8, M9, M14, M15, M16 et M19).
Aucun médecin du groupe des moins de 45 ans et du groupe des médecins enseignants n'en fait partie.

M9 et M14 ne connaissent pas CISMeF.

M9 : « CISMeF, je ne connais pas »

M18, M20 et M22 ne connaissent pas PubMed.

M18 : « PubMed, je ne connais pas »

M15 ne connaît ni CISMeF ni PubMed.

5.3.4.9 Les sites et revues EBM

7 médecins ne connaissent ni Cochrane Librairie ni Minerva (M7, M8, M11, M12, M20, M22 et M25).

M25 n'est pas intéressée car elle est homéopathe.

M25 : « Non mais nous, EBM, moi je suis uniciste donc c'est tout l'inverse ; en homéo on va chercher l'unicité de la personne donc on est plus dans l'EBM »

- **Cochrane Librairie**

  - **6 médecins l'ont déjà utilisée (M1, M3, M6, M10, M17 et M23) et M2 la cite dans ses sources d'information principales.**

M6 : « j'y suis allé une fois avec MG France qui est branché »
M23 : « Je connais Cochrane »

M9 ne connaît pas Cochrane Librairie.

- **Cochrane est beaucoup plus utilisée depuis que le site est en français (M1, M3 et M10). M23 projette donc d'y aller avec grand enthousiasme.**

M1 : « Oui, je suis abonné à la lettre depuis que c'est en français »
M10 : « Oui, je me suis abonnée à ce truc-là, il n'y a pas longtemps, en français, parce qu'avant ce n'était pas en français donc ce n'était pas la peine d'y penser !»
M23 : « Ohhhhhhhhhhh mais c'est génial ça !!! Cela fait un moment que j'y suis pas allé, ah ouai là je n'y allais pas, c'est très très bien même »

- **C'est une source de qualité pour M1 et M5. Elle est souvent prise en référence dans *Prescrire* (M5 et M13).**

M5 : « ils en parlent dans Prescrire donc je leur fais confiance »
M13 : « Prescrire en parle souvent également »

- **Minerva**

2 médecins ont déjà utilisé Minerva (M2 et M10).
C'est une source d'information principale pour M3.
Ces 3 médecins sont des médecins enseignants.

M2 : « Minerva oui je ne pratique pas beaucoup, mais je sais oui, il y a ça et puis il y a d'autres trucs »
M10 : « C'est pareil, c'est sur ma liste (rires) »

M13, M21 et M24 ne connaissent pas Minerva.

- **Ces 2 revues sont utiles pour M3 lors de la direction de thèse.**

M3 : « J'y suis allé plus facilement lors de directions de thèse »

- **J'ai pu noter l'intérêt de M11, M12 et M23 pour ces sources, car ils ont noté les noms des sites pour pouvoir y retourner.**

M12 : « Alors faut que j'écrive ça c'est génial, alors vous voyez, c'est vous qui allez m'apporter des trucs (rire) »

5.4 Les difficultés des médecins lors de leur autoformation

5.4.1 Les médecins trouvent-ils toujours une réponse ?

- **La plupart des médecins ont toujours une réponse (M1, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M14, M16, M18, M19, M20, M21 et M22).**

M1 : « Rarement je ne trouve pas de réponse »
M5 : « en règle générale j'ai le plus souvent l'info »
M6 : « Oui, je suis assez satisfait »
M9 : « Non, parce que en général je recoupe divers sites et je finis par trouver »
M18 : « j'ai toujours une réponse »
M21 : « En général, j'ai une réponse »

Pour M2 et M4, il est plus facile de trouver une réponse à une question générale qu'une question dans un contexte particulier.

M2 : « c'est rarement infructueux quand tu te poses une question intellectuelle, comment prendre en charge telle pathologie, ça, tu trouves toujours mais, mais avoir une recherche argumentée avec des niveaux de preuve concernant une question concrète ponctuelle posée en consultation, là, c'est fréquent d'être infructueux »
M4 : « il peut arriver ponctuellement sur un problème mais pas véritablement une question de pathologie »

- **Certains médecins nuancent leur réponse et semblent moins satisfaits (M3, M4, M12, M13, M17, M22 et M25).**

À la question de savoir s'ils étaient parfois infructueux, les médecins ont répondu :
M3 : « Parfois, ouai, ouai, ouai, souvent non »
M12 : « ça m'arrive, c'est incomplet, ça ne convient pas, mais après je ne passe pas suffisamment de temps »
M13 : « Ça m'arrive parfois »
M17 : « Oui, ça doit arriver oui, ouai, quelquefois »
M22 : « Ça doit arriver oui (rire) »

- **2 médecins ajoutent qu'il est souvent difficile de trouver une réponse avec un bon niveau de preuve (M2 et M3).**

M2 : « avoir une recherche argumentée avec des niveaux de preuve concernant une question concrète ponctuelle posée en consultation, là c'est fréquent d'être infructueux, d'avoir une réponse, mais aucune indication sur les niveaux de preuve, ça c'est extrêmement fréquent »
M3 : « Ben s'il n'y a rien d'écrit, de prouvé, c'est de l'opinion donc niveau de preuve faible, je l'accepte
-Pour toi, c'est infructueux du moment que l'info n'est pas de qualité ?

-Tout à fait »

- **Pour M25, le problème est que nous ne nous posons pas les bonnes questions.**

M25 : « en général c'est que je me suis pas posé la bonne question si je n'ai pas la réponse »

- **Certains ont une solution alternative pour avoir toujours une réponse :**

  - **Ils font appel aux confrères des groupes de pairs, leurs associés ou aux spécialistes (M13, M14, M18, M19, M21, M22 et M23).**

M13 : « après, je profite du groupe de pairs pour poser la question à mes collègues, j'ai mes associés aussi, c'est vrai que, parfois,on communique par rapport à des choses, voilà, ça arrive »
M14 : « après, je parle avec mes collègues, nous sommes trois au cabinet donc on discute, on a une plus jeune plus rapprochée de l'hosto qui a encore ses collègues à l'hosto, donc ça nous arrive de discuter, après, pas des choses extraordinaires »
M18 : « si je n'en ai pas par Internet ou les bouquins, j'appelle un spécialiste ou du CHU ou des Hôpitaux de Paris »
M19 : « j'ai toujours une réponse avec les spécialistes »
M21 : « c'est le fait de discuter de l'expérience avec d'autres confrères qui va régler le problème, sur une démarche d'investigation, le confrère pourra nous aider même si ce n'est pas vraiment... »
M22 : « après, on donne des coups de fil à des confrères spécialistes, on essaie de trouver une solution »
M23 : « moi, je suis très pragmatique, si je n'ai pas la réponse, je suis convaincu que quelqu'un d'autre l'a, donc, je ne suis pas propriétaire de qui que ce soit ni de situation, donc si je ne sais pas, il y a des confrères hypers compétents dans le coin, moi je m'appuie sur eux »

  - **M4 pose la question aux rédacteurs du Concours Médical par mail.**

M4 : « il y a une méthode que je recommande qui est très bonne et que j'ai pratiqué c'est d'écrire au Concours Médical qui vous donne une réponse parfaitement circonstanciée qui a le défaut d'être tardive »

- **Je n'ai pas eu la réponse de M15 qui dit ne pas faire de recherche et M24.**

5.4.2 Les difficultés verbalisées par les médecins

5.4.2.1 Pas de difficulté exprimée

- **5 médecins ne ressentent pas de difficultés lors de leurs recherches documentaires (M4, M5, M14, M23 et M25).**

M14 : « Je me sens pas du tout en difficulté »
M23 : « -Si on parle de vos difficultés dans la recherche documentaire

-Non, je n'en ai pas »

- **Une des raisons évoquées est la surabondance d'informations à disposition (M4, M5 et M23).**

M4 : « Non, parce que j'ai tous les outils, je n'ai pas eu actuellement de situation où j'étais en état de manque, par le fait que j'ai toute une série d'articles sous les yeux »
M5 : « Je me trouve satisfaite entre tout ce que j'ai, j'ai tellement d'outils que... »

- **M4 rajoute que les difficultés résident dans le questionnement sur la thérapeutique qui est susceptible d'évoluer mais pas sur la connaissance d'une pathologie.**

M4 : « C'est relativement simple, ce qui évolue beaucoup c'est la thérapeutique, mais sur la connaissance de la pathologie elle-même... Il y a des choses qui évoluent, très scientifiques, très élaborées dont on n'a pas forcément besoin »

5.4.2.2 Les difficultés individuelles

- **13 médecins manquent de temps à consacrer à leur autoformation (M2, M8, M10, M12, M13, M16, M17, M18, M19, M20, M21, M22 et M24).**

M2 : « Je pense qu'il y a tous les ingrédients, le temps, évidemment »
M8 : « c'est le temps, je pense, c'est sans fond »
M12 : « Moi je trouve que c'est le temps pour moi »
M13 : « Ça va être plutôt du temps parce que je le fais souvent avec les patients donc c'est sûr que je ne vais pas passer 10 h à faire de la recherche », « donc ça prend vraiment du temps et après toujours pareil si on le fait après, c'est se rappeler qu'on a à le faire parce qu'avec les milliards de coups de fil, de certif, de sollicitations, si on ne l'a pas noté, ça peut un peu se perdre, dans la pratique courante, ça peut être un souci »
M17 : « Faire une bonne recherche évidemment ça prend du temps »
M18 : « Je pense plutôt du temps, car on est obligé de faire de l'abattage »
M19 : « je manque de temps et de disponibilités et il est difficile de trouver un remplaçant »
M20 : « je me rendais compte que je ne trouvais pas le temps de les lire »
M21 : « Plus de temps, ça serait bien »
M22 : « c'est quelquefois le temps, il faut prendre le temps, si on a une idée particulière, il faut prendre suffisamment de temps pour rechercher ce que l'on veut »
M24 : « ça me prend du temps quand même, ça prend du temps »

- **6 médecins évoquent également le manque d'envie et le manque d'intérêt (M2, M7, M12, M16, M17 et M21).**

M2 : « après le temps, on en manque quand on pense qu'on le perd, si tu es obligé de faire des recherches et que tu n'es pas convaincu, tu vas manquer de temps »
M7 : « Euh de l'envie, le temps, je vais le trouver, en fait je crois que c'est surtout que la médecine générale commence à me gaver sérieusement donc je n'ai plus vraiment envie.»
M16 : « de l'envie »

M17 : « je crois que chacun a ses centres d'intérêt, moi l'informatique ce n'est vraiment pas ma passion, je préfère tondre l'herbe que passer mon temps sur l'ordinateur »
M21 : « des fois plus d'envie »

- **5 médecins ont des difficultés avec l'outil informatique, ils manquent de pratique et souhaiteraient que l'outil et les sites soient plus faciles d'accès (M3, M6, M10, M19 et M20).**

M3 : « c'est un problème de pratique, d'outil, plus que de temps, mais si je le faisais mieux, je perdrais moins de temps »
M6 : « si ça pouvait aller plus vite, plus rapide, peut-être que je serais meilleur »
M10 : « Je ne sais pas si c'est améliorable, moi j'ai l'impression que je n'y connais rien en informatique, mais j'ai l'impression que ça serait plus facile d'aller sur ma check-list si c'était moins galère », « je me noie dans un verre d'eau, mais c'est vrai que je n'aime pas trop l'outil informatique et des fois je fais des mauvaises manips donc je suis obligée de revenir en arrière et de fermer tout, peut-être je ne sais pas l'utiliser, mais peut-être aussi que la manière de chercher pourrait être plus intuitive ou je ne sais pas si c'est intuitive ou plus simple »
M19 : « J'ai aussi beaucoup de mal avec Internet »
M20 : « Le manque d'habileté à manœuvrer dans cette jungle, moins l'habitude »

- **4 médecins évoquent le manque de formation (M8, M11, M19 et M20).**

M8 : « Par rapport à la formation »
M19 : « Plutôt la formation »
M20 : « Euh, je pense que ce sont des formations médicales continues »

- **3 médecins citent la barrière de la langue et les difficultés de compréhension de l'anglais (M1, M2 et M10).**

M2 : « le seul truc qu'on peut dire c'est l'obstacle de la langue évidemment »
M10 : « en anglais c'est plutôt pour la thèse, après c'est galère, peut-être que ça va m'arriver, car j'ai une recherche prévue à la rentrée prochaine sur les vaccinations où je vais avoir besoin, mais là faudra que je prenne quelqu'un à contribution, car j'ai peur de faire des contresens »

- **Pour M23, il est plus difficile de lire et retenir l'information en vieillissant.**

M23 : « le plus difficile ce n'est pas l'accès à l'info, le plus difficile c'est de lire l'info et de retenir l'info »

5.4.2.3 Les difficultés inhérentes aux sources d'informations

- **L'évaluation de la fiabilité**

Il est difficile d'évaluer la fiabilité des informations et d'autant plus que nous ne connaissons pas les liens d'intérêts (M2, M9, M13 et M15).

M2 : « il devrait y avoir des sites, en partie, CISMeF devrait publier, en clair et accessible par un seul clic, les déclarations de liens d'intérêt des auteurs des articles qu'ils publient et de dire qu'il n'y a pas eu de DPMI voilà, un site de CISMeF Université de Rouen, il y a une loi française, ils sont en France, il y a une loi qui oblige à publier des déclarations d'intérêts, on ne peut pas leur faire le reproche que les gens qui font les études ne notent pas leurs liens d'intérêt, on peut faire le reproche de ne pas dire qu'ils ne les publient pas »
M9 : «c'est vrai que si j'avais une liste peut-être plus importante de sites de référence qui soient indépendants ça serait pas mal »
M13 : « Toujours pareil, le conflit d'intérêts, qui écrit ça? Quelles sont ses sources, ses influences ? C'est toujours le problème »
M15 : « On ne tombe jamais sur le bon site »

- **M2 ajoute qu'il faudrait pouvoir accéder à toutes les études et même celles non publiées, il faudrait que l'information soit gratuite selon M23.**

M2 : « c'est de la politique de santé, c'est qu'il y ait un accès aux études qui ne sont pas publiées, les études publiées c'est une part très minoritaire des études réalisées qui sont en général favorables aux médicaments ou aux processus diagnostic qui est l'objet même de l'étude et que celles qui sont contradictoires sont pas publiées, le progrès, ça serait qu'il y ait une loi qui oblige, qui permette d'avoir accès aux études non publiées »
M23 : « ce sont des articles payants tout ça »

- **Le principal problème des sources papiers est l'actualisation pour M7.**

M7 : « Avec les bouquins, on ne sait pas, il faudrait se remettre à jour avec les nouvelles éditions »

- **Certains médecins présentent des difficultés lors de la recherche sur certains sites.**

  - Sur CISMeF : 8 médecins (M1, M3, M6, M11, M12, M13, M17 et M22)

M1 : « Là où je pourrais me former mieux c'est à l'intérieur d'un site comme CISMeF, c'est d'appliquer ce que j'ai appris en recherche doc, ce que je n'utilise pas forcément très bien, la technique de recherche pourrait être améliorée »
M3 : « Ce n'est pas facile, ce n'est pas évident, j'y vais, mais pour moi je sais peut-être pas bien m'en servir, je ne tape pas le bon mot, voilà c'est plus compliqué que Prescrire ou l'HAS »
M11 : « j'avais trouvé compliqué »
M12 : « je trouve compliqué pour aller là-bas, c'est laborieux, au groupe de pairs, justement, il faut faire des recherches après et là, pour moi, c'est le calvaire quand c'est mon tour de chercher, car je sais jamais où aller »
M13 : « Aux résultats, au type de recherche, c'est quelque chose que je n'utilise pas trop, si je ne trouve pas ailleurs je vais aller là-dessus »
M22 : « c'est un peu compliqué, c'est difficile d'avoir une réponse »

  - Sur la HAS : 7 médecins (M1, M2, M10, M12, M14, M17 et M20)

M1 : « Lemanissier et l'HAS ce n'est pas très commode »

M2 : « C'est un scandale, mais je ne peux pas penser que ça ne soit pas un scandale organisé, je ne peux pas imaginer que ce ne soit pas volontaire, je ne comprends pas pourquoi avec les moyens qu'ils ont… le moindre mec, attend, moi j'ai travaillé sur un blog pendant 3-4 ans qui s'appelle Voix Médicale qui est un blog qui aborde aussi ces questions-là, on a été 3 à faire ça , je m'en suis retiré il y a 1 an, 1 an et demi, mais l'ergonomie du blog de merde qu'on a fait et déjà bien meilleur que l'HAS, Alors, je peux pas imaginer qu'avec les moyens d'aujourd'hui ils sont pas capables, c'est un scandale
-C'est difficile de trouver une info ?
-C'est impossible, dire aux gens « allez regarder sur l'HAS, c'est impossible »
M10 : « en général j'essaie de me dépatouiller avec les recos HAS et ANSM, mais j'ai toujours du mal à me repérer dans leur truc (rire) »
M14 : « Pffff je le trouve un peu compliqué mais enfin »
M17 : « ce n'est pas le top »
M20 : « pas d'une grande facilité parce que je n'y vais pas tout le temps donc, chaque fois, on bataille un peu »

Les brochures et mails d'informations de la HAS sont indigestes pour M4 et M11.

M4 : « On reçoit des documents de l'HAS qui sont tout à fait fiables, qui sont parfois indigestes »
M11 : « Non, on reçoit des trucs de l'HAS, de temps en temps, mais c'est indigeste, c'est imbuvable, dix lignes de noms de médicaments, ça je le lis pas, c'est vraiment indigeste »

- Sur PubMed : 5 médecins (M2, M3, M10, M23 et M24) car c'est une source anglophone.

M2 : « ça me demanderait trop de temps, trop d'efforts de traduire »
M10 : « C'est dans ma check-list, mais c'est pour moi hyper compliqué »
M23 : « Oui mais c'est en anglais, j'y suis allé, mais ça me barbe vite »

- Sur la Bibliothèque Lemanissier : 3 médecins (M2, M10 et M21)

M2 : « je vais plus sur Lemanissier, car j'ai eu plusieurs échecs de recherche, euh, avec des trucs, je ne sais pas s'il y a des problèmes de mise à jour »
M10 : « par exemple Lemanissier c'est l'exemple type et même PubMed c'est hyper lourd »

- Sur *Prescrire*, M1 évoque la difficulté de recherche si nous ne sommes pas abonnés à l'Intégrale.

M1 : « c'est difficile pour ceux qui n'ont pas l'intégrale pour faire une recherche »

- Sur Cochrane Librairie : M17

M17 : « ça c'est compliqué »

5.4.2.4 Les difficultés non exprimées par les médecins mais liées à leur technique de recherche

- **La plupart des médecins ne font des recherches qu'en langage naturel et donc n'ont pas accès à des résultats optimaux (M1, M2, M3, M4, M5, M8, M9, M12, M16, M17, M20, M21, M22, M23 et M25).**

M1 : « je tape mes mots-clefs »
M2 : « Je tape les mots et ça sort et c'est exceptionnel que je sois obligé de reformuler la demande, avec l'habitude, tu sais ce que tu dois taper, avant c'était plus compliqué, mais je fais que des recherches par vocabulaire direct sauf quand je fais des recherches vraiment pointues, mais pas pour ma pratique »
M4 : « Vous allez sur Google, vous tapez "leptospirose ictèro hémorragique" et vous trouverez une quantité d'articles »
M5 : « Je tape les mots »
M12 : « Sur Google et puis je tape par exemple " anémie ferriprive" »
M17 : « Je tape les mots les uns après les autres »
M20 : « j'ai tapé "kyste synovial cheville" puis j'ai eu toute une série d'articles dessus »
M25 : « je tape le mot sur Google pour aller vite »

M10, M23 et M24 utilisent parfois la recherche avancée ainsi que les opérateurs booléens.

M10 : «Ça dépend, ça dépend de la question, mais je peux utiliser la recherche avancée si c'est trop vague
- Les opérateurs booléens, vous connaissez ?
-Bon ben, ça je n'arrive pas (rire), des fois je me tente mais bon ... »
M24 : « -Et sur Google, ça vous arrive de faire des recherches avancées ?
-Cela m'est arrivé mais rarement
-Vous savez faire avec les opérateurs booléens ?
-Oui, j'avais fait, avec des mots-clefs et des mots qu'on exclut et tout ça »

M5 peut faire des recherches par auteur.

M5 : « ça m'arrive de chercher tel prof pour voir s'il a fait un article, donc par auteur »

- **Les médecins ne savent pas optimiser l'outil informatique.**

  - Toutefois, certains médecins utilisent certaines fonctionnalités comme les raccourcis sur le bureau (M1, M2, M6, M10 et M24).

M1 : « je tape sur l'icône Prescrire »
M2 : « j'utilise le truc de la SFMG, le euh, euh, qui reprend toutes les recommandations, je l'ai sur mon bureau d'ordi »
M6 : « Univadis, j'y vais directement parce que j'ai une fenêtre et puis les autres, je vais à fac virtuelle de médecine, encore que chez moi, j'ai un favori »
M10 : « ouai en raccourci, et Prescrire c'est installé sur l'ordi »

M24 : « Oui oui c'est ça parce qu'on a le Vidal expert, on est informatisé et que, donc il suffit de cliquer »

- M21 utilise les favoris.

M21 : « j'ai les sites qui sont en favori donc, euh, je vais directement quoi »

5.5 Les solutions envisageables pour avoir accès facilement à une information de qualité

5.5.1 La formation

- **Une des solutions envisagées par certains médecins serait de participer à une formation à l'outil informatique et Internet mais également à l'évaluation de la qualité de l'information, certains médecins aimeraient disposer d'une liste de sources de référence (M3, M4, M9, M20, M21 et M24).**

M3 : « Une excellente formation à l'outil, bien maîtriser l'outil »
M4 : « alors la connaissance des sites oui pour la recherche personnelle »
M9 : « maintenant c'est vrai que si j'avais une liste, peut-être plus importante, de sites de référence qui soient indépendants, ça serait pas mal »
M20 : « Oui et on a fait à la Société Médicale du Pays Basque, le mois dernier, il y a un gars qui a parlé de l'information médicale, qu'est-ce que j'en ai gardé? Pas grand-chose, mais j'ai noté ça sur une feuille libre qui est je ne sais où », « voilà ils parlaient des sites »
M21 : « Je pense que ça serait utile mais, euh, je me vois pas passer une journée rien que pour ça, ou alors, faudrait que je le reçoive à la maison pour avoir un listing, une formation, ça non »

- **Il faudrait développer la FMC et que la formation soit encadrée voire obligatoire afin qu'ils aient moins d'interrogations (M4 et M8).**

M4 : « moi, je reste très favorable aux réunions médicales, aux journées de FMC, parce qu'il y a aussi la relation avec les autres, quand je pense à cette journée de Bordeaux 2, vous retrouvez une quantité de confrères, on discute, on échange, on ne peut pas être toujours tout seul devant son écran », « surtout sur de l'enseignement, de la formation sur des thèmes médicaux »
M8 : « Je pense qu'il faudrait une formation médicale obligatoire et encadrée, je suis bien placé pour le savoir parce que je n'en fais pas, je n'ai pas le temps, ça devrait être obligatoire. Au cours de l'activité professionnelle, que ça soit contrôlée, validée, ça devrait être ça. C'est vrai qu'on n'a pas le temps », « Si on était mieux formé de façon régulière, on se poserait moins de questions, on a des questions parce que tout évolue vite et qu'on n'est pas au courant et puis voilà », « Je ne sais pas si vous monteriez dans un avion où le pilote se pose des questions et ne connaît pas les protocoles parce qu'il n'a pas eu le temps de se former »

- **Il est important que les médecins soient formés au cours de leurs études à la recherche d'informations et à l'esprit critique (M23).**

M23 : « D'abord, ça serait qu'on ait des études médicales qui soient cohérentes »

5.5.2 Un site internet

- **Il faudrait un site fiable (M7, M11, M12, M16 et M20).**

M7 : « je veux un site fiable scientifique »
M11 : « Oui, pourquoi pas un site avec des données fiables et objectives »
M12 : « Je voudrais quelque chose de fiable »
M16 : « faut trouver des supports fiables »
M20 : « il faut qu'il y ait des gens motivés pour ça et qu'ils soient fiables »

- **Il faut que les rédacteurs soient indépendants des laboratoires pharmaceutiques (M10, M12 et M13). Le modèle de *Prescrire* est évoqué.**

M10 : « Je peux oser le dire : moi, le mieux du mieux, ça serait que Prescrire s'occupe de tout »
M12 : « prendre des experts indépendants des labos »
M13 : « un site indépendant du médicament ou autres »

- **Certains médecins pensent que c'est à la HAS de s'en occuper (M11, M17 et M23) tandis que M7 et M16 pense qu'il faut un autre groupe d'experts.**
Le problème du financement de ce site est évoqué.

M7 : « pas un truc non plus style Prescrire qui interdit tout ou l'HAS qui donne des directives en fonction des politiques en cours aujourd'hui »
M11 : « -Pour vous l'HAS pourrait faire ce type de site?
-Ils devraient parce que l'HAS nous donne des trucs débiles, ce n'est pas normal quoi »
M16 : « Moi, je pense qu'il faut qu'il y ait des relais, le gouvernement, il a des intérêts contraires par définition, il faut soit quelqu'un qui connaisse et qui soit neutre sur le plan financier »
M17 : « Mais il faut bien trouver un financement, qui va payer ? Ou c'est payé par les labos et il y aura suspicion ou c'est payé par le gouvernement, on peut appeler une structure x financée par le gouvernement, par nos impôts, mais faut bien que quelqu'un paie »
M23 : « Moi, je pense qu'une société indépendante aura beaucoup de difficultés à développer un site, ça va être un problème de moyen, allez sur le site de Nestlé, c'est autre chose que l'HAS, mais les cartes vitales, ça a coûté très cher et les carnets de santé pour les patients aussi, non je crois que ça serait un problème de moyen quand même, alors si, en effet, l'État français en collaboration avec le futur État Basque (rire) veut mettre des billes dans l'HAS bien sûr », « parce que l'HAS, c'est quand même, à un moment donné, un comité de lecture et compagnie et ça serait bien qu'on ait des gens compétents dans la matière qui rentrent dans cette démarche »

- **Il pourrait, éventuellement, être réalisé par une collaboration entre un groupe d'experts indépendants et la HAS (M21 et M22), cette multiplicité serait gage de fiabilité (M10).**

M10 : « Prescrire finalement ce n'est pas l'idéal, car il y aurait qu'une source d'info et donc pour peu qu'il y ait de la corruption, donc il en faudrait 2 ou 3, qui se complètent, qui se répondent »
M21 : « Oui l'HAS bien sûr, mais après, effectivement, ce qui est bien, c'est ce qui est indépendant aussi parce que, après, parfois il y a des recos qui ne sont pas... L'HAS, c'est bien c'est un bon support, mais après voilà quoi... »
M22 : « Plutôt indépendant, auquel pourrait collaborer l'HAS par exemple (rire) on ne peut avoir qu'un son de cloche »

- **Il faudrait un site qui ne soit pas accessible au grand public et réservé aux professionnels (M5 et M7).**

M5 : « peut-être le crypter un peu plus parce que ce n'est pas que les gens aient la science, mais c'est un peu énervant qu'il y ait des mecs qui arrivent et ils veulent te faire un cours de médecine, ça devient pénible »
M7 : « pas accès grand public »

- **Le site regrouperait des synthèses d'articles (M6 et M10).**

M6 : « l'idéal, ça serait d'avoir un site avec des articles qui soient visualisés par des experts pour se dire "ça c'est une étude fiable" »
M10 : « là, c'est du travail prémâché donc ça serait l'idéal, un groupe d'experts qui lirait toutes les méta analyses du monde pour faire un résumé (rire). »

- **Le site doit être adapté aux particularités de la médecine générale (M7).**

M7 : « un truc style sur le modèle du CHU de Rouen peut-être plus accessible médecine générale et, après, avec des liens pour ce qui veulent chercher plus loin »

- **L'information doit être réactualisée régulièrement (M13 et M22).**

M13 : « réactualisée très fréquemment »
M22 : « Ça serait plutôt un site qu'un livre, c'est quand même plus adaptable pour les mises à jour qui peuvent se faire plus rapidement »

- **L'information doit être facile d'accès (M7 et M12) avec un moteur de recherche efficace (M13).**

M7 : « il faut un truc simple, je tape les mots-clefs »
M12 : « un site facile d'accès, rapide »
M13 : « si le moteur de recherche est efficace, on trouve une info facilement », « accessible de partout », « un moteur de recherche intégré qui soit efficace pour accéder à l'info sans perdre de temps, c'est toujours pareil, qu'on n'attende pas pendant des heures pour sortir les articles correspondants »

- **Il faut que l'information soit gratuite (M13).**

M13 : « une info gratuite »

5.5.3 Un blog de cas cliniques

M2 et M17 ont évoqué un blog où seraient colligés des cas cliniques correspondant à des situations particulières en médecine générale.
Tous les médecins généralistes seraient acteurs. Pour chaque question posée, on trouverait une réponse se basant sur des sources fiables avec le niveau de preuve indiqué.
Les médecins pourraient donc avoir accès à une information descendante théorique émanant des recommandations mais également à l'information ascendante expérientielle des scripts ou « rêves », terme donné par le créateur de ce blog, qui n'est autre que M2.

> *M2 : « On rédige des cas cliniques nous , j'essaie de faire avec le blog Voix Médicale, nous, on rédige des cas avec une question posée selon un protocole, les recherches, l'indication du niveau de preuve et la synthèse, sur un cas clinique, on appelait ça des « rêves », en fait, ces rêves, on a commencé à les mutualiser sur le site Voix Médicale, …dans ce site, j'ai créé une rubrique rêve pour colliger, il y en a une dizaine ou douzaine publiés sur ce site et puis après on s'est rendu compte que ces rêves, en fait c'était très proche, ce qui serait intéressant, c'est de publier les scripts des étudiants sur un site et de faire la jonction entre les scripts et les rêves, c'est-à-dire que les étudiants font des scripts pendant 3 ans puis ils vont s'installer, pour les inciter à continuer à travailler sous la même forme , passer de la pratique spécifique à la théorie en argumentant et critiquant à la fois ce qu'ils font dans la pratique et les éléments théoriques qu'ils utilisent en exerçant son esprit critique sur les 2 pôles et donc l'idée c'est d'inciter les étudiants à, une fois rentrés dans la vie active, à continuer à faire, en groupe de pairs, à travailler un peu sur le même registre pour faire la jonction entre les 2 », « si à un moment donné, on a 1000 rêves ou scripts, l'idée, ça serait sans doute de créer, à ce moment là, un site particulier qui aurait comme seule fonction de mutualiser ça et de le rendre accessible, t'as des nuages de mots clefs, tu peux taper, quand tu te poses une question en situation de pratique le médecin généraliste aurait 2 sources, soit d'aller regarder la vision descendante de la reco qui dit : dans ces conditions, faut faire ça et d'aller taper sur les infos ascendantes, j'ai un problème, ce problème ressemble à un problème que s'est posé Tartempion à Lille ou Roubaix Tourcoing sur le même truc, il a fait des recherches et moi ici à Anglet, je vais bénéficier, pouvoir chercher , si je fais cardio, HTA, insuffisance rénale et puis je sais pas quoi, un truc particulier, et bien je vais rechercher s'il y a déjà eu quelque chose là-dessus et s'il y a une réponse et cette réponse-là, elle va intégrer ça avec une lecture critique, j'aurais à ce moment-là les niveaux de preuve, j'aurais s'il y a des déclarations d'intérêt, j'aurais la confrontation avec des données canadiennes, belges pas que les trucs de l'HAS, je serais dans l'EBM, c'est l'état actuel de la science et puis, soit ça répond à ma question, soit ça répond pas et ça m'incite à faire les recherches et à en faire un sur le créneau particulier, ça c'est difficile, en particulier sur les scripts, donc difficile à gérer quand on regarde d'une manière rétrospective le travail qu'on fait, c'est extrêmement vivant », « l'idée, c'est de 1 de permettre d'avoir un site des recos sur le travail scientifique de fond et qui soit accessible sur un site ergonomique etc. et 2 que ces recos s'alimentent des études non publiées et 3 qu'on trouve un joint pour que cette info ascendante de médecins et de patients qui puisse rendre ça accessible et classable dans un site sous forme de rêves ou scripts mais avec l'idée que ça doit être inséminé, fécondé et ça doit être quelque chose qui vit et pour l'instant, j'ai pas de solution mais l'idéal, ça serait d'avoir une info descendante théorique que le médecin puisse jouer sur une info descendante théorique et sur une info expérientielle ascendante »*
> *M17 : « C'est un boulot de dingue, mais ça, sur le plan intellectuel et éventuellement pratique, c'est vachement intéressant, moi je n'ai pas envie d'en faire partie, car pas envie de me prendre la tête avec ça, mais sur la démarche... Ca fait des années, je me rappelle, ça fait 5 -6 ans, je me*

rappelle des débuts où on avait mis en place le squelette pour travailler, cette réponse est le fruit d'un travail de recherche , c'est une excellente idée mais il faut un langage commun ce qui est pas simple , après c'est une question de moyen mais sur la démarche c'est une réponse un peu à ta question, mais c'est un peu confidentiel, moi je suis au courant parce que je fais partie de ce petit groupe, c'est une prise de tête pas possible, le but, c'est de développer et après c'est sûr que, déjà pour faire ses situations qui ont été validées, il faut mettre à jour, mais c'est très intéressant c'était son rêve! »

5.5.4 Déléguer sa recherche

- **Certains médecins pensent que c'est au médecin de faire la recherche documentaire (M13, M16, M18, M21 et M22)**

M13 : « si on ne recherche pas, on ne s'informe pas, sur les thérapeutiques, sur les effets secondaires donc on ne fait plus rien... », « Faut chercher un petit peu quand même »
M16 : « Je crois que c'est basé d'abord sur la personne, c'est à nous-mêmes, on est des individualistes, c'est à nous d'aller chercher »
M18 : « je préfère que ça soit moi qui fasse la recherche »
M21 : « Moi, je pense que, sur un point de vue intellectuel, c'est intéressant de faire sa recherche », « d'autres fois on va prendre plaisir à aller chercher par soi-même »
M22 : « Non je préfère rechercher, oui, parce que, en même temps, ça fait voir autre chose, je crois que, chaque fois qu'on va sur des sites, on peut apprendre quelque chose alors que sinon on a une réponse toute mâchée ce n'est pas l'idéal, ça fait réfléchir et puis surtout ça ouvre les yeux. »

- **Beaucoup ajoutent qu'il faut, aussi, savoir déléguer pour avoir une réponse (M4, M8, M13, M14, M15 et M21).**

M4 : « si on a un problème souvent c'est là-dessus qu'on bute, une question toute concrète, toute simple, il est facile d'échanger avec quelqu'un»
M8 : « mieux définir les rôles du médecin généraliste ou pourquoi certaines missions du généraliste lui sont retirées par le spécialiste et, après, les spécialistes sont occupés et on se retrouve avec des tâches trop lourdes pour nous »
M13 : « on peut toujours déléguer ce qu'on ne trouve pas ou poser la question, on ne peut pas tout savoir, tout rechercher alors, c'est toujours bien d'avoir des correspondants fiables »
M14 : « Il ne sera jamais au courant de tout, de toute façon, un réseau hospitalier, avoir un bon réseau de spécialistes, mais à qui on peut faire confiance »
M15 : « faire appel aux confrères spécialistes »
M21 : « effectivement des fois, on va se poser 10 questions dans la journée donc c'est un peu compliqué, donc des fois c'est bien d'être aidé, c'est pour ça qu'on appelle un confrère »

- **M4 propose d'envoyer sa question à un groupe d'experts. M19 et M21 trouvent cette idée intéressante.**

M4 : « il y a une méthode que je recommande qui est très bonne et que j'ai pratiqué c'est d'écrire au Concours Médical qui vous donne une réponse parfaitement circonstanciée »

M19 : « ça pourrait être intéressant, mais il faudrait que le groupe d'experts soit créé par l'HAS »
M21 : « ça peut être intéressant, ça existe pour les ECG, au moins, on ne perdrait pas beaucoup de temps à taper un mail et la réponse, on peut la lire quand on veut »

5.5.5 Les nouvelles technologies

- **Pour M5, il faudrait développer les applications sur tablette numérique tandis que M13 pense qu'il faudrait les développer sur Smartphone afin de faciliter l'accès.**

M5 : « Plus d'applications tablette. Ce serait facilité pour nous l'accès »
M13 : « sur les Smartphones aussi ça peut être pas mal, avec une interface pas trop lourde pour pouvoir y accéder partout »

- **Pour M24, il faudrait développer l'information sur podcast. Cela occuperait le temps inutilisé par le médecin, comme lors des trajets pour les visites à domicile. *Prescrire* pourrait en faire.**

M24 : « j'avais essayé de trouver des podcasts médicaux à écouter dans la voiture, quand je fais des visites, j'en ai trouvé, il y en a peu et ce n'est pas sur des sujets qui m'intéressaient, ça serait intéressant, je passe du temps dans la voiture et je pourrais écouter ça, car je passe du temps inutile, j'écoute la radio, les infos, on peut le mettre avec une clef USB, le mettre sur l'autoradio tout ça, ça peut être sympa, la formation qu'on a, qu'on lit, on pourrait nous la dire oralement, nous raconter une histoire, si Prescrire fait des formations, ils peuvent faire des podcasts aussi »

5.5.6 Du temps et de l'organisation (M18 et M25)

M18 : « on devrait avoir du temps pour travailler mieux »
M25 : « Ce n'est pas le support de l'info, c'est le temps, je vois bien comment les médecins travaillent, c'est juste qu'ils ne prennent pas le temps de chercher, de se poser des questions, c'est une question d'organisation…faut juste avoir le temps de chercher, les médecins passent leur temps à se plaindre, ils ont trop de patients, ils n'ont pas assez de temps, ils ne sont pas assez payés, il y a toujours 10 millions de problèmes, c'est plutôt ça, c'est un peu comme tout le reste »

5.5.7 L'indication du niveau de preuve (M1)

M1 : « Pour moi, si j'avais dans les différents articles et les différentes sources tout de suite les niveaux de preuve, si je n'avais pas à les chercher. À côté de la biblio ou dans l'intérieur du texte comme dans l'HAS, qui est un petit encart, à chaque fois qu'il y ait une affirmation, le niveau de preuve. »

5.6 Récapitulatif des principaux résultats

- La plupart des médecins généralistes ont des pratiques de recherche documentaire, un médecin ne se pose pas de questions donc il ne cherche pas. L'âge et la formation ne semblent pas être déterminants sur l'intérêt et la pratique de l'autoformation. Toutefois, les médecins qui cherchent le plus semblent être les médecins enseignants et les médecins à exercice particulier.

- Les médecins pratiquent la recherche documentaire en présence ou non du patient. Ils privilégient les questions ponctuelles et le partage d'information en consultation.

- Les médecins semblent privilégier les sources numériques, mais les sources papiers sont toujours utilisées.

- Ils déclarent utiliser un large éventail de ressources pour accéder à l'information : le moteur de recherche Google, les revues telles que *Prescrire*, les confrères, les sites universitaires et sociétés savantes, leur bibliothèque personnelle, la base de données CISMeF, les sites institutionnels comme la HAS et les synthèses de recommandation...

- Ils ne maîtrisent pas tous la définition de la qualité d'une information. Ils portent de l'importance à l'indépendance de l'information, à la validation par la science ainsi qu'aux références de l'auteur. Toutefois, il y a une grande variété de pratiques : certains utilisent des sources de qualité (base de données, synthèse de recommandations) alors que d'autres peuvent utiliser des sources peu crédibles financées par des laboratoires pharmaceutiques. Ces derniers semblent être des médecins de plus de 60 ans ou qui n'ont pas l'habitude de faire de l'autoformation.

- Certains médecins ont une confiance aveugle en leurs sources d'information. D'autres émettent des réserves. Il s'agirait plutôt des médecins de moins de 45 ans et des médecins enseignants.

- Les avis sur la fiabilité de la HAS sont variables et notamment à cause des conflits d'intérêts, de la politique de santé et des contraintes économiques. Elle reste toutefois une référence pour beaucoup.

- Pour la plupart des médecins, le discours des laboratoires pharmaceutiques n'est pas fiable. Un médecin pense qu'il est fiable, mais il ne fait pas beaucoup d'autoformation. Beaucoup reçoivent la visite médicale et pensent savoir distinguer la "bonne" information.

- Les médecins ont également des avis divergents concernant la qualité du discours de leurs confrères. Ils font davantage confiance aux correspondants qu'ils ont choisi, avec qui ils ont des affinités ou ceux qui travaillent dans un CHU et à l'hôpital. Ils posent des questions à leurs confrères parce que c'est plus rapide et que la réponse est pertinente.

Toutefois, les médecins craignent que leurs correspondants aient des conflits d'intérêts, leur réponse est avis d'expert donc de bas niveau de preuve et souvent ils se plaignent de relations conflictuelles avec les médecins spécialistes.

- Les médecins peuvent visiter ou non les sites des sociétés savantes. Ce sont surtout les médecins enseignants et les plus jeunes qui utilisent cette ressource. Les avis divergent concernant la fiabilité. Certains craignent les conflits d'intérêts.

- Tous les médecins reçoivent les journaux d'information alors qu'ils n'y sont pas abonnés. Les médecins qui ne les lisent jamais semblent faire plus régulièrement de la recherche documentaire, ce sont principalement les médecins enseignants et les médecins de moins de 45 ans. Les autres médecins disent les parcourir pour l'actualité médicale et professionnelle.

- Parmi les revues de formation, *Prescrire* semble être la référence, la plupart des médecins lui voue une confiance absolue, d'une part parce qu'elle est indépendante de l'industrie pharmaceutique et, d'autre part parce qu'elle utilise la méthode des synthèses et revues systématiques. Toutefois, certains médecins trouvent *Prescrire* trop précautionneux, ce sont principalement des médecins qui font peu voire pas de FMC et peu d'autoformation. Les médecins qui ne sont abonnés à aucune revue font peu de FMC et de recherche documentaire.

- Pratiquement tous les médecins utilisent Google, ce dernier permet une recherche rapide et facile et notamment en consultation, les résultats obtenus sont nombreux. Les médecins rapportent qu'il faut toutefois faire preuve d'esprit critique pour évaluer l'information. Ils sont moins exigeants face aux réponses trouvées.

- Beaucoup de médecins visitent la base de données CISMeF, ce sont plutôt des médecins qui ont des connaissances sur la recherche documentaire et l'évaluation de la qualité. Elle est surtout utilisée en dernier recours ou pour la recherche bibliographique. PubMed est cité par les "férus" de recherche documentaire.

- Concernant les sources EBM, beaucoup de médecins ne les connaissent pas et notamment les plus de 45 ans. Ceux qui les utilisent sont les médecins enseignants et les médecins qui ont l'habitude de faire de la recherche documentaire ou de la FMC. Cochrane est plus visité depuis que le site est en français.

- Certains médecins disent ne pas avoir de difficultés avec la recherche documentaire du fait de la surabondance d'informations. Toutefois, d'autres évoquent leurs difficultés: le manque de temps,un âge avancé, le manque d'intérêt, un manque de technique pour la recherche documentaire et de connaissance pour l'évaluation de la qualité, le manque de FMC, la barrière linguistique, une mauvaise ergonomie des sites internet, le coût pour l'accès à l'information et l'actualisation des sources papiers. Ils ont tendance à adopter certains comportements dans leurs recherches : la recherche sur Google, le langage

naturel, le surf de « lien en lien », l'avis de confrères. Quelques-uns se risquent aux recherches avancées et à l'utilisation des opérateurs booléens.

- Ils envisagent plusieurs solutions pour améliorer leurs recherches : recevoir une formation à la recherche documentaire et à la lecture critique d'article, ou, déléguer leur travail de recherche et d'évaluation de la qualité à un organisme tiers qui leur créerait un site internet indépendant avec une information vérifiée, synthétique, actualisée avec une ergonomie optimisée. Les médecins formateurs sont moins nombreux à demander un site.

6 Discussion

6.1 Le choix de la question

Plusieurs études se sont intéressées aux sources d'information des médecins généralistes français. Une étude quantitative réalisée, en 2008, sur 137 médecins généralistes (8) retrouvait que les médecins utilisaient principalement des ressources donnant accès à des informations de qualité variable, telles que les revues généralistes et Google.
Il en est, de même pour l'étude quantitative de 2009 de N.Houbart sur 255 médecins généralistes (20). 89.9% des médecins interrogés utilisent Google. Univadis est même reconnu deuxième site préféré alors qu'il dépend du laboratoire MSD.
Les médecins généralistes utilisent donc des informations de qualité variable lors de leur autoformation. Il était intéressant d'en connaître les raisons.
L'objectif de mon travail était de faire le point sur les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes et d'étudier les difficultés et les freins qu'ils peuvent rencontrer, par une étude qualitative. Ainsi, il serait possible de proposer des solutions pour que les médecins utilisent une information de qualité.

6.2 Le choix de la méthode

6.2.1 Le choix de la recherche qualitative

6.2.1.1 Forces de l'étude qualitative

La thèse a pour objectif de connaître les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes et les obstacles rencontrés pour l'accès à une information de qualité. L'objectif n'est pas de quantifier, avec des statistiques, mais de connaître la diversité des pratiques. Je ne répondrai pas à la question "combien ?" mais plutôt "pourquoi ?" (25)
La diversité des pratiques peut être étudiée par une étude qualitative (26).
Le but est de connaître le comportement des médecins lors de recherches documentaires et leurs difficultés. Comme il est expliqué dans *L'Entretien compréhensif* de Kaufmann, la méthode qualitative a justement pour "... vocation à comprendre et à détecter des comportements" (27).
Les différents entretiens ont donné lieu à des interprétations subjectives. J'ai pu arriver, à partir de ces interprétations, à des descriptions inductives. Ces descriptions représentent la diversité de comportements et de pensée de notre population (28). Alors que l'étude quantitative a pour but de retrouver des relations causales entre des variables quantifiées (28).
Ainsi, l'enquête par questionnaire discrimine alors que l'enquête par entretien différencie *a posteriori* (29).

6.2.1.2 Limites de l'étude qualitative

Avec ce type d'étude, je ne peux généraliser les résultats chiffrés à la population nationale des médecins généralistes.

6.2.2 Le choix de l'entretien semi-structuré

Pour connaître les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour l'accès à une information de qualité, il fallait utiliser un entretien semi-directif en face à face.
J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels afin que les médecins ne soient pas influencés par leurs tiers, ce qui est souvent le cas dans les techniques de groupe.
J'ai utilisé une trame souple de questions pour *"... reconstruire des pratiques, mettre à jour des stratégies et obtenir des opinions et représentations*" (26)
La trame permettait sans être directive de laisser libre cours à l'expression du médecin tout en s'assurant d'aborder tous les sujets nécessaires.
L'enquête à usage exploratoire était également intéressante, car je pouvais faire évoluer mon questionnement. Elle permet *"... un processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses tout au long de la recherche*" (29).

6.2.3 Le choix de l'échantillon

6.2.3.1 Forces de l'échantillon choisi

Selon *L'Entretien* de Blanchet, l'échantillon doit être diversifié. Il n'est pas question de choisir des composantes strictement représentatives mais plutôt caractéristiques de la population nationale (29).

Il y a deux contraintes :

- Contraster au maximum les individus et ainsi créer un groupe hétérogène (30)
- Obtenir des "... unités d'analyse suffisantes pour être significatives" (29)

Pour être caractéristique, il fallait recruter des médecins présentant :

- Une différence par le sexe (des femmes et des hommes).
- Une différence par l'âge (trois groupes devaient être représentés : les moins de 45 ans, les 45-60 ans et les plus de 60 ans)
- Une différence par la localisation de leur cabinet médical (en milieu rural, semi-rural et urbain)
- Une différence par le mode d'exercice (isolé ou en groupe)
- Une différence par la Formation Médicale Initiale (FMI) (enseignement à la lecture critique d'article et à l'EBM durant les études)

- Une différence par l'implication dans la FMC (il fallait inclure des médecins enseignant, des médecins investis dans la FMC et férus de recherche documentaire tout en interviewant des médecins peu impliqués)

Pour que mon échantillon soit diversifié, j'ai choisi le tirage au sort. Je suis partie du principe que, par ce biais, j'obtiendrais tout un éventail des caractéristiques de la population des médecins généralistes du Pays Basque.

Les 3 groupes d'âge sont représentés, j'ai pu interviewer des femmes et des hommes, des médecins qui travaillent en ville, en semi-urbain et, également, à la campagne, seuls ou en groupe. J'ai aussi interrogé des médecins qui participent à de la FMC, d'autres qui n'en font pas ainsi que des médecins enseignants.

J'ai opté pour un mode d'accès direct aux interviewés, "ce sont les modes d'accès les plus neutres dans la mesure où ils ne sont pas médiatisés par un tiers" (29)

J'ai finalement eu 28 réponses positives. Trois médecins ont refusé. J'ai décidé de ne pas intégrer d'autres interviews après le 25ème médecin, car cela n'apportait plus d'éléments nouveaux. J'ai suivi le principe de la saturation des modèles (27).

6.2.3.2 Limites liées à la sélection de l'échantillon

- Je n'ai pas pu recruter de médecins ne disposant pas d'ordinateur ou d'accès à Internet.

- Les médecins qui ont accepté l'étude, sans condition, étaient peut-être à l'aise avec le sujet et en avaient une certaine maîtrise. Les autres étaient plus difficiles à convaincre, le thème est assez compliqué et ils avaient peur de se sentir jugés. Toutefois, j'ai pu persuader certains en leur donnant quelques explications : l'étude concernait tous les médecins et l'objectif était de connaître leurs difficultés et, ainsi, réfléchir à des solutions pour améliorer leur utilisation de sources de qualité. Il était beaucoup plus simple de les convaincre lorsque je les avais au téléphone. Ce n'était pas le cas quand la secrétaire me répondait : je leur laissais un message, mais, la plupart du temps, les médecins ne me rappelaient pas. Le sujet était effectivement délicat ou ne les intéressait pas.

- L'autre biais notable était une sélection de médecins plutôt "âgés". Étonnamment, beaucoup de médecins de 40-50 ans n'ont pas souhaité participer à l'enquête.

- Le dernier problème rencontré concernait les orientations de pratique de certains médecins généralistes. Je voulais interroger uniquement des spécialistes en médecine générale et éviter les exercices particuliers comme l'acupuncture, l'homéopathie... C'était une des conditions retenues lors du recrutement. Malgré la sélection du critère unique "médecins généralistes" sur le site des pagesjaunes, j'ai tout de même retrouvé certaines orientations dans mes résultats. C'est le cas de M25 qui est homéopathe. Je l'ai découvert lors de l'interview. J'ai décidé de garder cet entretien. Ce jeune médecin avait développé

une méthode de recherche lorsqu'elle effectuait des remplacements chez des médecins généralistes sans orientation particulière.

6.2.4 L'entretien

6.2.4.1 Le déroulement de l'entretien

Les entretiens étaient menés au cabinet du médecin. En effet, dans son lieu de travail, "*l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel*". Il existe un facteur « environnement » qui influe sur la teneur du discours (29).

Au préalable, j'ai réalisé une pré-enquête (26) sur trois médecins concernés par cette problématique. Cela avait pour but de mieux cerner l'objectif du travail, d'évaluer et modifier si besoin la trame d'entretien. J'ai pu modifier l'ordre des thèmes abordés selon le cheminement logique de pensée des médecins, ajouter ou préciser certaines questions et m'assurer que les questions pouvaient être comprises.

Lors de la rencontre avec les médecins interviewés, j'ai, dans un premier temps, instauré un cadre contractuel (29).
Il avait été déjà abordé, dans la lettre de présentation du projet de thèse, l'objectif du travail ainsi que la raison du choix de l'interviewé.
Il fallait tout de même réitérer oralement (29) :

- L'objectif de l'entretien
- Le choix de l'interviewé
- L'enregistrement de l'entretien (qui pouvait être refusé par le médecin)
- L'anonymat des données recueillies (26)

Pour mener à bien l'entretien, il ne fallait pas être trop directif et respecter certains principes (30) :

- Commencer par des questions courtes, faciles, pour mettre à l'aise le médecin (27)
- Puis les questions devaient être ouvertes et peu nombreuses. Il fallait éviter un discours trop proche d'une enquête par questionnaire qui n'aurait pas été d'un grand intérêt devant le nombre restreint d'entretiens et qui aurait été néfaste pour l'étude des comportements et des représentations.
- Adapter son comportement à l'interlocuteur, favoriser un climat détendu et sans préjugé, privilégier une attitude réceptrice (être calme, souriante ...), acquiescer à leur propos sans exagération.
- Utiliser des formules facilitatrices pour favoriser le discours telles que
    - les relances et les reformulations pour faire préciser certains points
    - les consignes et questions externes (29) pour introduire un thème nouveau
- Savoir recadrer et contrôler quand le discours des médecins devenait hors sujet

La trame de l'entretien devait nous permettre de connaître les freins à l'accès à une information de qualité. Il y avait donc plusieurs thèmes à aborder : la recherche documentaire des médecins, la qualité des informations et les difficultés qu'ils rencontraient. Chaque thème regroupait une série de questions (26). Un ordre précis n'était pas obligatoire, mais j'ai quand même essayé de respecter un ordre logique : j'ai commencé par l'évocation des sources d'information puis nous avons discuté de la qualité de l'information et enfin des difficultés. Il était possible de reprendre certaines questions quand les réponses n'étaient pas connues ou imprécises.

J'ai choisi d'organiser mon guide d'entretien de la sorte :

- **Les caractéristiques des médecins interviewés**

Elles étaient abordées sous la forme de questions courtes pour mettre les médecins en confiance.

Cela devait permettre de caractériser les médecins pour différencier plusieurs sous-groupes (selon l'année de thèse, la FMI, la participation à une FMC et à un enseignement à la recherche documentaire, l'informatisation, l'accès à Internet, la maîtrise de l'anglais).
Cela permettait également d'évaluer si notre échantillon était caractéristique de la population nationale de médecins généralistes et si toutes les particularités étaient représentées.
J'avais, au préalable, noté le lieu et le mode d'exercice (en groupe ou isolé).
L'âge des médecins a dû être précisé dans un second temps par mail ou appel téléphonique pour s'assurer que certains sous-groupes n'étaient pas surreprésentés.

- **La recherche documentaire et les sources d'information**

Il fallait :

- savoir combien de temps et à quel moment les médecins s'y consacraient pour mieux cerner l'importance de leur autoformation et leur motivation.
- connaître leurs sources d'information, les médecins qui présentaient des difficultés pour répondre pouvaient être aiguillés par le type de support (papiers, Internet...)
- savoir s'ils savaient rechercher en les questionnant sur leur méthode

- **La qualité de l'information**

Sur ce thème, il fallait connaître :

- leur définition de la fiabilité
- leur connaissance de la notion de niveaux de preuve pour la validité scientifique
- leur avis sur la qualité de leurs sources d'information
- leur avis sur d'autres sources qu'ils n'avaient pas citées pour comprendre leur non-usage.

- **Les difficultés des médecins lors de leur autoformation**

Elles pouvaient être individuelles ou inhérentes aux sources d'information.

- **L'outil idéal pour accéder facilement à une information de qualité**

6.2.4.2 Les difficultés de l'entretien

- Le premier problème à évoquer est l'enregistrement des entretiens. Je n'avais pas prévenu les médecins que leurs propos allaient être enregistrés. Alors que la plupart ont accepté sans réticence, quelques-uns ont refusé et ce, malgré mes explications sur l'anonymat et l'usage personnel de l'enregistrement. Il était plus difficile de retranscrire les entretiens de ces médecins, c'était moins vivant.

- J'avais également l'impression de déranger certains médecins pendant leur activité. Souvent, les rendez-vous étaient convenus sur une plage de consultation, il m'a fallu attendre, dans la salle d'attente, parmi les patients, quand les médecins avaient du retard. L'entretien pouvait être perturbé par des appels téléphoniques, par exemple, et je pouvais ressentir que certains médecins hâtaient la fin de l'entretien. Tout cela a pu nuire à l'investissement du médecin et donc à la qualité de l'enquête, à certains moments. Finalement, les médecins qui n'étaient pas pressés par le temps ont permis d'obtenir des entretiens plus riches.

- Il était difficile de réaliser les entretiens seule. En effet, je me devais de rester attentive du début à la fin, d'écouter les réponses des médecins puis de poser une question sans m'éloigner du sujet. Il fallait, également, aborder toutes les questions sans en oublier, car souvent les thèmes étaient évoqués dans le désordre. Je devais adopter la bonne attitude pour encourager le médecin à s'exprimer. Il était difficile de maintenir le fil du discours, c'est-à-dire de poser les questions, au bon moment, sans les interrompre. Il m'est arrivé de leur couper la parole et les médecins n'étaient plus en mesure d'exprimer leur idée entièrement. Aussi, il fallait proscrire certains tics verbaux. Par exemple, j'ai répété "d'accord", à maintes reprises, sans m'en rendre compte, cela ne voulait pas dire que j'adhérais aux idées du médecin mais que je l'encourageais à les partager.

- Aussi, j'ai pu relever un autre biais : mon attitude et mes interventions ont pu influencer le discours des médecins.
  Le thème de l'enquête était délicat pour les médecins généralistes, j'ai dû, à plusieurs reprises, donner des explications quant aux questions que je leur posais, cela a pu modifier certains résultats. Par exemple, un médecin m'a demandé, en début d'entretien, ce que j'entendais par FMC, je lui ai cité les différents modes d'organisation de cette formation, il m'a donc cité les abonnements aux revues médicales, beaucoup d'autres médecins n'ont pas inclus ces abonnements dans la FMC. Le même médecin m'a aussi interrogé sur la définition de la fiabilité, j'ai dû m'abstenir de répondre, car seul son avis m'intéressait pour l'étude.

- L'enjeu était de ne pas froisser les médecins. Les questions sur la fiabilité perturbaient certains qui se sentaient piégés. Il fallait que je puisse m'adapter pour les décontracter.

- Tous les résultats que j'ai pu obtenir sont des déclarations des médecins. Il est possible que certains aient arrangé leurs réponses par crainte d'être jugés.

6.2.5 Les difficultés lors de l'analyse des résultats

- Les médecins ne maîtrisaient pas la définition de la fiabilité de l'information. Beaucoup ont confondu la qualité et la fiabilité. J'ai dû faire preuve de vigilance lors de l'analyse des résultats et utiliser les termes appropriés.
  Aussi, les médecins considèrent le moteur de recherche Google et le catalogue CISMeF comme des sources d'information alors que ce sont des moyens pour accéder à l'information. Malgré l'abus de langage, j'ai préféré suivre leur pensée.

- Un biais d'interprétation a pu intervenir dans l'analyse des résultats des entretiens, car j'avais ma propre opinion de la pratique de recherche documentaire et ses difficultés.

6.3 Analyse des résultats

J'ai choisi l'analyse thématique qui " *... défait la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens", ce qui est cohérent avec " ... la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations*" (29).

6.3.1 Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes

6.3.1.1 Les médecins qui pratiquent la recherche documentaire

L'âge et la formation ne semblent pas être influents sur l'intérêt et la pratique de l'autoformation.

Toutefois, j'ai pu noter que deux catégories pratiquent plus régulièrement la recherche documentaire :

- Les médecins enseignants semblent passer plus de temps pour l'autoformation. Ils sont motivés pour la formation et leur implication dans l'enseignement nécessite une actualisation de leurs connaissances. Ils ont été formés à la recherche documentaire et à la critique d'articles.

- Les médecins qui détiennent une orientation dans leur pratique médicale (diplôme universitaire, diplôme interuniversitaire ou capacité) semblent présenter plus d'intérêts pour se former sur le ou les sujets qu'ils ont choisis et qui les passionnent.

L'intérêt pour l'actualisation de son savoir semble être un facteur favorisant la recherche documentaire.

En ce qui concerne les autres médecins, l'absence de besoin ressenti est, à mon avis, à l'origine du manque d'intérêt. Les médecins n'ont pas envie de faire de la recherche documentaire parce qu'ils pensent ne pas en avoir besoin dans leur pratique.
2 médecins, dans mon étude, déclarent ne pas se poser de questions dans leur pratique. C'est un comportement étonnant et dangereux compte tenu de l'évolution de la médecine. La formation reste une obligation éthique et déontologique.

Pour que les médecins pratiquent la recherche documentaire, il faut qu'ils aient de l'intérêt pour la formation et qu'ils en ressentent le besoin.

6.3.1.2 Le temps consacré

Les médecins ont rencontré des difficultés pour quantifier le temps passé pour l'autoformation, c'est-à-dire le temps passé à chercher des réponses aux questions médicales survenant dans leur pratique quotidienne. Ils pouvaient également se sentir jugés quant à la réponse donnée.

Les médecins de mon étude qui déclarent faire de l'autoformation y consacrent quelques minutes à plusieurs heures par semaine.

En moyenne, ils passent 1 heure par semaine à rechercher des informations. Il est donc impossible, pour eux, d'être informé de tout. Les médecins manquent de temps et certains ne se posent pas de question. Il faudrait qu'ils prennent conscience de ce besoin d'autoformation, peut-être par l'intermédiaire d'une formation. Il faudrait aussi qu'ils consacrent du temps de manière systématique à la recherche documentaire.

6.3.1.3 Le moment consacré à la recherche

Les médecins interrogés déclarent pratiquer la recherche documentaire en présence ou non du patient.

- **La plupart des médecins de mon étude font de la recherche documentaire principalement en dehors des consultations.**
  Dans une étude réalisée, en 2006, aux États-Unis (31) sur 2500 médecins généralistes et spécialistes, nous retrouvons que 9.2% des médecins vont chercher des informations pendant la consultation, 38.2% à la maison après le travail et 35.7% pendant les pauses au travail.
  Les résultats sont similaires dans l'étude française de 2009 (20), 65.6% des médecins généralistes utilisent Internet pour leurs recherches documentaires pendant la consultation et 98.7% en dehors de la consultation.
  Certains médecins de mon étude pensent que faire des recherches en consultation peut altérer la relation médecin-patient. Certains pensent que cela peut témoigner d'un manque de connaissances médicale et scientifique. Ces médecins semblent être les plus âgés. Ce problème est aussi abordé dans l'étude précédemment citée (20).

- **Certains médecins recherchent des informations pendant la consultation pour une question ponctuelle ou pour confirmer une idée en quelques clics.** C'est une raison citée à plusieurs reprises et aussi retrouvée dans l'étude qualitative en focus group de 2011 (21).
  L'amélioration des performances de l'informatique et le développement des connexions Internet haut débit rendent l'accès aux informations quasi instantané.
  Certains médecins de mon étude et de l'étude précédemment citée apprécient ce partage d'informations avec le patient qui, de nos jours, paraît plus informé sur les questions de santé.

Aussi, ils cherchent immédiatement une réponse à leur question pour ne pas l'oublier par la suite.

Les médecins déclarent chercher plutôt en dehors des consultations. Il faut prendre du temps pour faire de la recherche d'informations. Ce temps n'est pas disponible pendant la consultation. En effet, la moyenne du temps d'une consultation en France est de 16 minutes (32). Mais j'ai le sentiment que certains médecins ne recherchent pas non plus en dehors des consultations : à cause de leur lourde charge de travail, ils n'ont ni le temps ni l'énergie pour faire de la recherche documentaire.

6.3.1.4 Les techniques de recherche documentaire

- **Les médecins généralistes interrogés ont tendance à utiliser le moteur de recherche Google.**
  Il n'y a pas de lien entre l'âge et l'utilisation de Google.
  Les médecins qui ne citent pas Google dans leurs sources d'information sont les médecins formateurs principalement. Il me semble donc que Google est une ressource utilisée par des médecins qui n'ont pas de connaissance en matière de recherche documentaire.

  Google est plébiscité du fait de son accessibilité, sa facilité d'usage, sa rapidité et la surabondance d'informations disponibles. C'est une ressource utile en consultation : la plupart des médecins disposent d'un ordinateur et d'un accès à Internet (dans mon étude, c'est le cas de tous les médecins). Google peut être utilisé en dernier recours, car "nous trouvons toujours une réponse", ce qui n'est pas nécessairement le cas avec les autres sources d'information.

  Plusieurs études viennent confirmer la "suprématie" de Google :
  - Une étude réalisée en France, en 2013, sur 100 médecins généralistes montre que Google est la ressource web la plus utilisée à 96% (33).
  - Dans l'étude de 2008 de Pham et Boissel (8) sur l'évaluation des besoins d'information de médecins généralistes adhérents à l'UNAFORMEC, Google est le deuxième média pour accéder à l'information après les périodiques.
  - L'étude de 2009 sur 255 médecins (20) retrouve que Google est utilisé par 89.9% des médecins généralistes qui se servent d'Internet.
  - Le même résultat se confirme à l'étranger notamment dans une étude de 2008 en Australie (34) et, en Nouvelle-Zélande, en 2004 (35), sur 175 médecins généralistes ruraux du nord de l'île, Google est le 2e site le plus visité après Medscape.

  La HAS a réalisé un guide, en 2007 sur la recherche d'informations médicales sur le web (36), les premiers outils qu'elle conseille d'utiliser sont les moteurs de recherche dont Google. La HAS explique comment réaliser une recherche via Google.

- **Les médecins généralistes de mon étude déclarent rechercher en « langage naturel ».**
  La méthode de recherche en langage naturel ou par juxtaposition de mots-clefs est simple et l'utilisateur est sûr d'obtenir des résultats rapidement. Ils utilisent cette méthode dans les moteurs de recherche, les catalogues comme CISMeF. Alors que dans ce dernier, le langage naturel n'est pas le plus approprié.
  Quelques médecins font des recherches avancées et utilisent les opérateurs booléens, mais même ces derniers précisent que ce n'est pas leur méthode principale.

  Une étude réalisée en 2007 (37) s'est penchée sur la méthode de recherche des médecins dans les bases de données bibliographiques. Dans 88% des requêtes, les médecins n'utilisaient pas les opérateurs booléens, dans 11% des requêtes, nous retrouvions l'opérateur "AND" et dans, seulement, 0.8%, l'opérateur "OR". 0.9% étaient des requêtes sur plusieurs lignes.
  Cette étude confirme l'idée que les médecins font principalement leur recherche en utilisant le langage naturel.

- **Les médecins ont tendance à « surfer » sur le web de « lien en lien »**.
  J'ai noté, à plusieurs reprises, qu'ils utilisaient le verbe « tomber » (sur un site) pour expliquer qu'ils trouvent une ressource de manière fortuite, au hasard de leur navigation sur Internet. Ils cliquent hâtivement sur des liens présents sur des sites jusqu'à trouver l'information qui les intéresse. Ce qui n'est évidemment pas une technique de recherche valable.
  Je peux citer l'exemple de CISMeF : 10 médecins sur les 25 interrogés visitent le site du CHU de Rouen, de temps en temps, à partir des liens sur d'autres sites.
  C'est également le cas pour la base de données PubMed ou les sites des sociétés savantes.

- **Face aux difficultés qu'ils rencontrent dans leurs recherches, les médecins ont tendance à faire appel aux confrères pour répondre à leurs questionnements**.
  Les médecins formateurs y ont moins recours.
  Les confrères restent une source d'information privilégiée. Ils permettent d'obtenir une réponse rapidement et facilement dans un contexte particulier de médecine générale.
  Les études de l'IGAS (23) et du Dr Dupagne (22) retrouvent l'idée que les médecins font confiance à leurs confrères pour la diffusion d'informations.

La plupart des médecins généralistes n'ont pas de technique de recherche élaborée. Pour pallier à cela, ils utilisent toutes sortes de subterfuges pour trouver une information qui sera alors de qualité variable. Ils semblent plutôt passifs face à l'autoformation, le recours aux confrères confirme cette idée.

Cette passivité est également retrouvée dans leur comportement face à la FMC.
Dans une étude quantitative réalisée en 2012 sur 116 médecins généralistes (38), 15% des médecins participaient à des groupes de pairs, 72% assistaient à des séminaires organisés par l'industrie pharmaceutique, 60% étaient abonnés à des revues payantes et 75% lisaient la presse gratuite.

4 médecins que j'ai interrogés sur 5 se forment, ils assistent, principalement, à des séminaires d'une à deux journées, à des réunions, organisés par des institutions de FMC (UNAFORMEC, MGForm...) ou organisés par les universités. Certains médecins disent assister à des soirées sponsorisées par l'industrie pharmaceutique. Certains sont abonnés à des revues et, surtout, *Prescrire*. 1 médecin sur 5 participe à des groupes de pairs dont, essentiellement, des médecins enseignants.
Je retrouve, à peu près, la même organisation. Les séminaires et les réunions semblent faire plus d'"adeptes" que les abonnements aux revues ou les groupes de pairs.

Certains médecins se contentent de formations sponsorisées par des laboratoires pharmaceutiques. La FMC interactive comme les groupes de pairs demande plus d'investissement donc ils sont moins nombreux à y participer. C'est en adoptant un comportement passif qu'ils peuvent avoir accès à des informations de "mauvaise" qualité.

6.3.1.5 Les sources d'information des médecins généralistes

6.3.1.5.1 Le support de l'information

Les médecins de mon étude utilisent les sources papiers et les sources numériques pour leur autoformation.

La plupart des médecins généralistes de mon étude (23 médecins sur 25) utilisent Internet pour leurs recherches documentaires.
14 médecins sur 25 usent toujours de sources papiers, comme les revues ou les livres.
2 médecins utilisent exclusivement des sources papiers mais il s'agit de médecins qui font très peu de recherche documentaire.

Nous pouvons apprécier l'évolution dans l'utilisation des sources numériques versus sources papiers grâce à d'autres études :

- Une revue systématique de la littérature entre 1992 et 2005 (39) montre que les médecins généralistes consultaient, en premier lieu, les collègues et les ressources papiers. Les sources électroniques étaient peu utilisées, car cela pouvait prendre du temps. En effet, les médecins maîtrisaient moins l'outil informatique et Internet. Et, ils ne disposaient pas tous d'un accès au réseau Internet au travail.

- Dans une autre revue systématique de la littérature entre 1997 et 2005 (24), nous pouvons noter que les sources privilégiées sont les documents imprimés, les confrères et la FMC. Une enquête quantitative sur 721 médecins français avait été menée, en parallèle, en 2009. Cette dernière montrait que 86.3% des médecins avaient recours aux sources imprimées, 85.6% à la FMC et 84.6% au web. L'auteur supposait, donc à une augmentation de la part des sources électroniques.

- L’enquête conduite, en 2008, en France sur 137 médecins généralistes (8) conclut que les recherches sur Internet sont en progression alors que le recours aux sources imprimées et à la FMC diminue (105 médecins utilisaient les périodiques, 103 Google, 88 la HAS et 80 les livres).

Avec mon étude qualitative, je ne peux pas conclure que les médecins, en 2013, utilisent plus les ressources numériques que papiers dans leur autoformation. Je peux seulement noter cette tendance, il faudrait réaliser une enquête quantitative afin de pouvoir généraliser ces résultats.

Internet est intéressant par sa disponibilité et son accessibilité.
Les sources papiers sont plus imposantes, elles nécessitent d'être stockées. Elles se périment vite donc ont besoin d’être réactualisées.

Le recours aux sources humaines reste important, c'est également le cas dans mon enquête.

6.3.1.5.2 Les sources d’information

Les médecins de mon étude ont cité une multitude de sources d’information. La qualité de ces sources est variable.

8 médecins sur 25 ont cité une source d'information qui contient une synthèse des recommandations (la HAS, la bibliothèque Lemanissier[12], le DReFC[13]).
Ils ont donc accès au niveau de preuve des informations.

14 médecins sur 25 ont cité une source d'information pouvant donner accès à des informations de qualité telle que de la littérature tertiaire *Prescrire*, le catalogue CISMeF, la revue EBM Minerva :

- *Prescrire* semble être une des ressources préférées des médecins interrogés. Toutefois, les lecteurs de *Prescrire* sont surreprésentés dans mon étude.
  Peu d'études sont disponibles pour étayer ce résultat, car c'est une source française :
  - L'étude française de 2009 (20) révèle que *Prescrire* est le 3e site préféré des médecins après CISMeF et Univadis.
  - Ce bon résultat est aussi retrouvé dans l'enquête de 2009 du Dr Dupagne (22), *Prescrire* est reconnue comme source la plus fiable pour 80% des médecins.
  - *Prescrire* obtient un bon résultat dans le rapport de l'IGAS (23). Le volet qualitatif de l'étude nous informe que la première raison de cette confiance est l'indépendance.

[12] http://www.bmlweb.org/
[13] http://drefc.sfmg.org/

Il faudrait également réaliser une étude quantitative pour valider ce résultat pour la population nationale de médecins généralistes.
Cette confiance repose, avant tout, sur son financement autonome et son mode de travail (les synthèses et revues systématiques). *Prescrire* aide les médecins à répondre à leurs questionnements en donnant une lecture chiffrée et critique des études.

- Dans mon étude, plus d'un quart des médecins (8 médecins sur 25) ont cité CISMeF comme source d'information principale.
  L'objectif de CISMeF est de recenser les ressources provenant de sources institutionnelles et professionnelles pour permettre leur consultation. Toutes les sources ont été sélectionnées après une surveillance du web et décrites, manuellement, par une équipe de documentalistes pour garantir la qualité du contenu (40). CISMeF est une ressource de qualité pour la plupart des médecins.
  CISMeF est souvent cité dans d'autres études :
  - l'étude qualitative de 2011 (21)
  - l'étude quantitative de 2008 (8), dans laquelle un peu moins de la moitié des médecins a choisi CISMeF comme source d'information
  - l'étude quantitative sur 255 médecins, en 2009 (20) retrouve que le site du CHU de Rouen est le site médical préféré des médecins généralistes.

5 médecins sur 25 semblent avoir accès à une information de qualité au regard de leurs sources d'information principales (ressources contenant de la littérature tertiaire, quaternaire, banque de données bibliographiques, a priori indépendantes).
Ce sont uniquement des médecins enseignants. J'ai pu, également, noter que les médecins du groupe le plus jeune ont tendance à mieux sélectionner leurs sources. Ils ont tous reçu une formation à la LCA, à l'EBM et à la recherche documentaire durant leur FMI ou leur FMC.

Beaucoup de médecins citent des ressources donnant accès à des informations de qualité variable.
Nous pouvons citer Google. C'est ce que nous retrouvons dans la thèse du Dr Battesti (41), Google est une des sources les moins fiables. Dans cette étude, 27% des recherches sont faites via le moteur de recherche Google. Ce dernier donne accès à des sites liés à l'industrie pharmaceutique (pour 8% des recherches/ 27%) puis des sites universitaires (5%) et les sites institutionnels (4%).
Une formation à l'esprit critique est donc nécessaire pour savoir trier.

Presque la moitié des médecins ont cité une source qui n'est pas indépendante (2 médecins sur 5), les sources citées me paraissent donc potentiellement dangereuses. Elles sont financées par l'industrie pharmaceutique (Univadis, La Conférence Hippocrate[14], VIDALRecos[15], Doctissimo[16], les sites "grand public" ou les forums) ou financées en grande partie par les publicités, comme les journaux d'information (*Le Quotidien du Médecin* ou Le *Généraliste*). La

[14] http://www.laconferencehippocrate.com/
[15] http://www.vidalrecos.fr/pages/index.php
[16] http://www.doctissimo.fr/

plupart de ces médecins reçoivent la visite médicale. Il s'agit surtout des médecins de plus de 60 ans ou qui n'ont pas reçu de formation.

Les médecins qui ont été formés semblent avoir accès à une information de meilleure qualité. Parmi les médecins qui utilisent une information de moindre qualité, nous retrouvons des médecins de plus de 60 ans.

6.3.1.6 L'évaluation de la qualité de l'information

- **La validité scientifique**
  Dans mon étude, 18 médecins sur 20 ont "entendu parler" des niveaux de preuve et des grades de recommandation de la HAS. Les 2 autres médecins n'ont pas de notion à ce sujet. Je n'ai pas osé poser la question à un médecin, car il semblait déjà tendu et embarrassé. Il était difficile de savoir si les médecins connaissaient, véritablement, la définition de ces termes sans risquer de les froisser. Je pense que la plupart savent que la validité scientifique repose sur les niveaux de preuve. Mais je ne saurais, par cette étude, répondre à la question de savoir s'ils savent critiquer un article et juger de sa validité.

- **La fiabilité**
  Dans mon étude, les médecins ont rencontré des difficultés pour définir la fiabilité, ils ont hésité. Ils ne maîtrisaient pas la définition et craignaient d'être jugés.
  5 médecins sur 25 m'ont donné une définition exacte de la fiabilité. 5 autres ont cité l'indépendance comme critère majeur de fiabilité mais ce n'était pas le seul retenu.
  6 médecins sur 25 n'ont pas parlé d'indépendance, mais ont cité l'autorité, la compétence et les références de l'auteur.
  9 médecins sur 25 ont cité le niveau de preuve ou la validation par la science comme critère de fiabilité.
  Les autres critères étaient une information validée par l'expérience et la pratique du médecin, une information cohérente, une information actualisée et présente sur différentes sources, mais ce ne sont pas des critères de fiabilité.
  - La thèse de J.Aim (21) s'est intéressée aux critères de fiabilité de l'information, les médecins interrogés ont essentiellement cité l'auteur et son indépendance. Mais la population testée était constituée de médecins enseignants et de médecins participant à un groupe de pairs, ils connaissent donc cette notion.
  - Les 3 critères (indépendance, validité scientifique et référence de l'auteur) sont retrouvés dans la thèse de N.Houbard de 2009 (20) sur 255 médecins.

- **La pertinence**
  Je n'ai pas interrogé les médecins sur leurs connaissances au sujet de la pertinence de l'information. Toutefois, cela semble être un critère important pour le choix d'une information. Certains se plaignent du manque d'applicabilité de l'information.

Beaucoup de médecins généralistes ne maîtrisent pas la notion de la qualité de l'information. Ils peuvent donc présenter des difficultés pour trier et de reconnaître la

« bonne » information. Toutefois, ils reconnaissent comme critères fondamentaux : l'indépendance et la validation par la science.

6.3.2 Les difficultés et les freins à l'accès à une information de qualité

6.3.2.1 Les difficultés inhérentes aux médecins

6.3.2.1.1 Le manque de temps et une mauvaise organisation

Le manque de temps a été évoqué par 14 médecins sur 25, dans mon étude. Certains expliquent qu'ils manquent de temps pour la recherche d'une information de qualité et pour la formation médicale continue en général. Les médecins qui ont du temps libre semblent plus enclins à se former.

Le manque de temps est cité dans d'autres travaux en France ou à l'étranger : en France, dans une étude sur la recherche documentaire des médecins généralistes (8), à l'étranger (39) et (42), dans une étude française sur la recherche d'informations sur Internet (24) ainsi qu'à l'étranger (43) et (44).

L'utilisation préférentielle de Google est, je pense, lié à ce manque de temps.
Une étude quantitative en Australie de 2008 (34) arrive aux mêmes conclusions. Google permet d'accéder rapidement à l'information.
Les médecins pensent, à tort, qu'il est plus rapide de faire des recherches avec Google. La sélection des informations de "meilleure" qualité est plus longue devant la surabondance de résultats, alors qu'après une recherche bien conduite sur un site de qualité, nous obtenons quelques "bonnes" informations.

L'appel au confrère pour obtenir une réponse peut être aussi lié au manque de temps. En effet, joindre un confrère spécialiste est rapide, facile et permet d'obtenir une réponse sur un cas concret, c'est donc pratique pour un médecin généraliste qui dispose de peu de temps. Mais la qualité reste variable, car nous ne connaissons pas toujours la fiabilité de ces médecins, leurs sources et le niveau de preuve de ce qu'ils avancent.

Le manque de temps est une raison évoquée par les médecins pour expliquer qu'ils n'utilisent pas de sources d'information de qualité. Mais s'ils savaient faire une recherche, les médecins seraient plus rapides et plus efficaces. Il y a sûrement un problème d'organisation de leur emploi du temps.
J'ai surtout l'impression qu'ils ne pratiquent pas l'autoformation, car cela ne fait pas partie de leur priorité. Nous avons tendance à entendre que « le temps, c'est de l'argent » et cela se confirme avec le comportement des médecins. Probablement, à juste titre, ils ne

consacrent pas suffisamment de temps à la formation parce qu'ils le consacrent aux soins. Alors peut-être faudrait-il que ce temps de formation soit imposé à tous.

6.3.2.1.2 L'absence de formation

- **L'absence de formation à la recherche documentaire**

  Nous avons pu voir précédemment que les médecins avaient tendance à faire des recherches sur Internet en « tâtonnant » parce qu'ils n'avaient pas de technique de recherche.
  Ce problème résulte de l'absence de formation.

  - **Les médecins qui adoptent ce comportement n'ont pas reçu de formation à l'utilisation de l'outil informatique et à l'Internet.**
    Ils "manquent de compétences".
    C'est une difficulté rencontrée par 1 médecin sur 5 dans mon étude.
    Cette difficulté est évoquée dans d'autres études : (21), (24), (42), (43), (44) et (45).

  - **Également, ils n'ont pas reçu de formation à la recherche documentaire.**
    C'est pour cette raison qu'ils ne connaissent pas toutes les ressources disponibles pour accéder à l'information.

    Dans mon étude, les médecins qui connaissent et utilisent CISMeF, PubMed, la Cochrane Librairie[17] et Minerva[18] semblent être les médecins enseignants et les médecins les plus jeunes, c'est-à-dire, ceux qui ont reçu une formation à la recherche documentaire.
    Ces ressources sont utilisées pour les travaux d'enseignement et de recherche dans le cadre des groupes de pairs par exemple ou, en dernier recours, par ces médecins, quand une information intéressante n'est pas disponible ailleurs.
    Ces ressources sont intéressantes, car elles peuvent délivrer une information de qualité. CISMeF est une source utile pour le médecin généraliste, la Cochrane Librairie et Minerva le sont également car les informations sont sous forme de résumé et de synthèse. Par contre, il est vrai que PubMed est moins intéressant pour la recherche documentaire simple et plus utile pour la recherche bibliographique.

    Les médecins possèdent aussi des notions erronées sur certaines sources.
    Par exemple, un médecin pensait que l'UMVF[19] était une collaboration entre des universités françaises et canadiennes.

[17] http://www.cochrane.fr/
[18] http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp
[19] http://www.umvf.org/

Un autre déclarait utiliser Google PDF pour ses recherches, alors que ce n'est pas un moteur de recherche mais une mauvaise technique de recherche pour éviter certains supports de l'information comme les forums, les publicités... Un fichier au format PDF ne garantit en rien sa qualité.
Je peux noter également qu'aucun médecin de mon étude n'a cité le moteur de recherche Google Scholar spécialisé dans les travaux scientifiques. Ce dernier est plus intéressant que la version traditionnelle de Google.

- **Une autre difficulté est retrouvée dans la revue de la littérature de 1992 à 2005 (39), c'est la difficulté à formuler la "bonne" question**, un médecin l'a évoquée dans mon enquête.
  En effet, les médecins peuvent présenter des difficultés pour trouver les bons mots-clefs et être assez précis pour éviter une surabondance de résultats. Les médecins ne maîtrisent pas la recherche utilisant le langage MeSH, ils ne peuvent donc pas faire de recherche optimale sur des sites comme CISMeF ou PubMed.

- **L'absence de formation à l'évaluation de la qualité de l'information**

  Comme j'ai pu le démontrer précédemment, les médecins que j'ai interrogés ne maîtrisent pas tous la définition de la qualité de l'information, ils n'ont pas été formés à cela. Ils peuvent donc avoir des difficultés pour évaluer la qualité d'une information.
  Les médecins de mon étude qui semblent avoir accès à une information de qualité ont eu une formation à l'EBM et à la LCA.

  En ce qui concerne les journaux d'information qui sont des sources peu crédibles, 8 médecins sur 25 ne les lisent jamais, 6 de ces médecins sont des médecins enseignants et du groupe des moins de 45 ans. Et à l'inverse, les médecins qui n'ont pas l'habitude de faire de l'autoformation ou de la FMC semblent lire les revues d'information et de formation autres que *Prescrire*.

  Aussi, 3 médecins, dans mon étude, citent, dans leurs sources d'information principales, 2 ressources de qualité diamétralement opposée (CISMeF et Univadis pour M6, *Prescrire* et Univadis pour M16, *Prescrire* et VIDALRecos pour M24). Les médecins ne connaissent pas la qualité de leurs sources. Il est inconcevable de mettre sur le même plan : un site de qualité comme CISMeF et une plate-forme sponsorisée comme Univadis.

La formation à la recherche documentaire et à l'évaluation de la qualité semble essentielle pour l'accès à une information de qualité, elle permet de savoir chercher et de savoir trier. Il faudrait donc que tous les médecins soient formés à cela.

6.3.2.1.3 Un âge « avancé »

J'ai pu noter, par mon enquête, que les médecins proches de l'âge de départ à la retraite étaient moins enclins à se former. Ils ont, aussi, plus de difficultés avec l'outil informatique et Internet. Ils n'ont pas bénéficié dans leur FMI de formations à la recherche documentaire et à la LCA.
Parmi les 4 médecins de mon étude qui font confiance aux journaux d'information, j'ai pu noter que 2 médecins avaient plus de 60 ans.
Un âge "élevé" est aussi un frein dans l'étude du Dr Bernard (24).

La pratique de la recherche documentaire a évolué avec l'avènement des sources numériques. Alors que les médecins les plus jeunes ont l'habitude d'utiliser l'outil informatique et Internet et qu'ils ont reçu une formation dans leur FMI, les médecins plus âgés doivent apprendre toutes ces techniques, ce qui représente un travail considérable. À cela s'ajoute la proximité de l'âge de départ à la retraite qui entraîne une perte de motivation. Un âge avancé représente donc une difficulté supplémentaire pour l'accès à une information de qualité.
Si le médecin a plus de 60 ans et qu'il poursuit son activité professionnelle, il doit continuer à se former et s'autoformer afin de ne pas être dangereux dans sa pratique.

6.3.2.1.4 La barrière linguistique

La barrière de la langue est retrouvée dans mon travail : les jeunes médecins peuvent lire un article en anglais, mais ils rencontrent parfois des difficultés. Les médecins plus âgés disent ne pas maîtriser cette langue. Pour les médecins maîtrisant la recherche documentaire, cette barrière empêche l'accès à des ressources intéressantes.
C'est évoqué dans l'étude de Pham et Boissel (8) et la thèse du Dr Bernard (24).
Cela semble être une particularité française, car nous ne retrouvons pas cette barrière dans la littérature étrangère, espagnole par exemple.

Dans mon étude, PubMed est peu visité en pratique quotidienne. Mais il est surtout usité par les médecins généralistes pour la recherche bibliographique dans le cas de certains travaux comme les thèses ou les cours.

Toutefois, je pense que ne pas être capable de lire un article en anglais est un frein. Par exemple, il est possible de s'inscrire à une newsletter du British Medical Journal (BMJ) : EvidenceUPDATES qui présente et commente des articles intéressants pour toutes les spécialités et notamment pour la médecine générale.

Nous pouvons noter un accès plus répandu au site de la Cochrane Collaboration depuis qu'il est traduit en français.

L'anglais médical devrait être étudié, lors de la FMI, dans toutes les facultés, car la plupart des études sont écrites dans cette langue, c'est la langue de la communication scientifique. Sans cette connaissance, les médecins peuvent passer à côté d'informations intéressantes.

6.3.2.2 Les difficultés inhérentes aux sources d'information

6.3.2.2.1 Les conflits d'intérêts

Les médecins évoquent leur difficulté pour évaluer la fiabilité des informations ainsi que l'indépendance de leurs sources par la connaissance des conflits d'intérêts.
Cette difficulté est retrouvée dans d'autres études françaises de 2008 et 2011 : (8), (21) et (41) ainsi que dans une étude irlandaise de 2007 (43).
La fiabilité repose sur l'indépendance financière et éditoriale de la source d'information. La présence de conflits d'intérêts, au sein de cette source, représente un obstacle majeur pour l'accès à une information fiable et donc de qualité. Ces conflits d'intérêts peuvent être retrouvés au sein de toutes les sources d'information :

- **Dans mon étude, j'ai pu retrouver une perte de confiance en la HAS.**
  Les avis divergent : pour 3 médecins, la HAS est une source fiable, pour 9 médecins, elle est fiable avec quelques réserves et, pour la majorité, 13 médecins, elle donne accès à une information biaisée.
  Dans l'étude du Dr Dupagne de 2009 (22), la HAS obtient un score modeste.
  En 2007 dans le rapport de l'IGAS (23), les médecins exprimaient une certaine confiance en les sites officiels.
  Mais ces études ont été réalisées avant les "scandales" de l'affaire Médiator et le retrait des recommandations sur la maladie d'Alzheimer et le diabète.
  Les conflits d'intérêts sont la principale raison à ce nouveau manque de crédit.

  Ce problème de liens d'intérêts dans les recommandations pour la pratique a été étudié dans un travail de thèse de 2011 du Dr Delarue (46).
  L'article du Formindep évoque l'abrogation de la recommandation de la HAS sur le diabète de type 2 d'avril 2011 (47). Le Formindep avait demandé depuis 2009 l'abrogation de cette recommandation et de celle sur la maladie d'Alzheimer devant des conflits d'intérêts manifestes des membres des groupes de travail (la recommandation sur l'Alzheimer a finalement été abrogée en mai 2011).
  La France n'est pas le seul pays concerné. Un article publié, en 2011 par le Canadian Medical Association Journal (CMAJ) (48) évoque les conflits d'intérêts dans les recommandations américaines et canadiennes.
  Aussi une étude américaine publiée en 2011 (49) a étudié 17 recommandations pour la pratique clinique en cardiologie, 56% des membres participant aux groupes de travail présentaient des conflits d'intérêts.

Un médecin de mon étude évoque le "lobbying" de l'industrie pharmaceutique sur les recommandations de la HAS.
Beaucoup de médecins considèrent la HAS comme une référence, un cadre à suivre. Il est donc intéressant, pour l'industrie pharmaceutique, que les membres des groupes de travail élaborant les recommandations aient des conflits d'intérêts.
Dans une étude belge en focus group de 2005 (50), ce problème est évoqué.

- **Les médecins craignent, également, que leurs confrères et les experts spécialistes soient influencés par l'industrie pharmaceutique.**
  Dans mon enquête, 2 médecins sur 25 évoquent le problème des conflits d'intérêts des confrères spécialistes et ils sont 8 à l'évoquer pour les médecins intervenant dans les congrès ou les réunions.
  Un médecin nous exprime les difficultés que les généralistes rencontrent dans leurs relations avec les spécialistes.
  L'étude qualitative de 2005 sur 31 médecins (50) retrouve des conflits entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Les médecins généralistes ont l'impression que les spécialistes sont plus proches des laboratoires pharmaceutiques.

- **Concernant les livres, la fiabilité est variable**, elle repose sur l'auteur, l'éditeur, le sujet...

- **5 médecins de mon étude doutent de la fiabilité des sociétés savantes** et, notamment, à cause des conflits d'intérêts.
  Sont évoquées les divergences concernant certaines de leurs recommandations et celles de la HAS.
  Nous pouvons citer la recommandation sur le dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) dans le dépistage du cancer de la prostate : selon l'Association Française d'Urologie, le dépistage par dosage du PSA doit être systématique, alors que la HAS a conclu, dans son communiqué du 4 avril 2012, à l'absence d'intérêt démontré actuel, à l'échelle populationnelle, de la mise en œuvre d'un dépistage systématique. L'actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé de mai 2013, réalisé par la HAS, arrive à la même conclusion.

- **Les conflits d'intérêts sont également possibles dans la presse et notamment la presse d'information**. La publicité est prépondérante dans ce type de revues.
  6 médecins, dans mon étude, reconnaissent que c'est une source qui donne accès à des informations biaisées.
  Dans l'enquête du Dr Dupagne (22), le résultat de la presse d'information est catastrophique : entre 93 et 100% des médecins pensent que cette source n'est pas fiable.
  Dans son rapport (23), l'IGAS a longuement évoqué le problème de la presse médicale.
  Elle est largement financée par la publicité (à 70% pour *Le Quotidien du Médecin*) et distribuée gratuitement. *Le Quotidien du Médecin* revendique 50 000 abonnements sur une diffusion de 90 000 en 2007 (alors que *Prescrire* revendique 29 000 abonnés). *Le Quotidien du Médecin* était la revue la plus lue en 2007.

Les journaux d'information dans lesquels la publicité est partout influencent-ils les médecins ?
Selon l'article du Dr Dupagne de 2012 sur la presse médicale (51), le payeur devient le décideur. Certains anciens journalistes de ces revues expliquaient qu'en effet, les articles publiés permettaient de faire la promotion d'un médicament cité dans une publicité du journal. Les articles n'impliquant pas le médicament étaient évincés. Les médicaments promus étaient inutiles, coûteux, voire dangereux.
Dans le travail de thèse de 2011 du Dr Delarue (46), ce problème est, également, évoqué.
Un article du CMAJ publié en 2011 (52) souhaitait savoir si les sources de financement d'une revue médicale pouvaient avoir une influence sur sa ligne éditoriale et sur les "recommandations" que l'on pouvait être amené à trouver dans les articles publiés. Les résultats montrent que les journaux gratuits recommandent quasi systématiquement l'utilisation des médicaments sélectionnés. Il y a donc une certaine dépendance de la "recommandation" de prescription aux sources du financement des revues.

Des conflits d'intérêts peuvent être présents au sein de toutes les sources d'information. Le médecin doit absolument critiquer l'information qu'il trouve.

Il est vrai que la recherche des liens d'intérêts reste délicate. Pourtant, une loi sur la déclaration de ces liens existe.
Un médecin, dans mon étude, l'évoque pertinemment.
La loi du 4 mars 2002 relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé" oblige les médecins à déclarer leurs liens d'intérêts lors d'une manifestation publique :
« *Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits.* »
Le décret est paru 5 ans après la promulgation de la loi, le 25 mars 2007 suite à une plainte du Formindep (53).
Le décret précise les modalités de déclarations de liens d'intérêts :
« *L'information du public sur l'existence de liens directs ou indirects entre les professionnels de santé et des entreprises ou établissements mentionnés à l'article L 4113-13 est faite, à l'occasion de la présentation de ce professionnel, soit de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article destiné à la presse écrite ou diffusé sur Internet, soit de façon écrite ou orale au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle.* ».

La déclaration des liens d'intérêts doit être plus facilement disponible. Il faudrait qu'elle soit notifiée rigoureusement à proximité de l'information.

6.3.2.2.2 La mauvaise ergonomie de certaines sources d'information

L'ergonomie de la source d'information est un critère important pour l'accès à l'information. Il me semble que les médecins préfèrent utiliser des sources d'information simples d'utilisation, mais donnant accès à des informations de moins bonne qualité. Ils évitent les interfaces complexes pouvant présenter un contenu intéressant.

Pour les médecins interrogés, certaines plates-formes Internet ne sont pas simples pour faire des recherches. C'est le cas de la HAS, la bibliothèque Lemanissier, les banques de données bibliographiques PubMed et CISMeF, le site de la Cochrane Collaboration.

L'enquête de 2011 (21) évoque la difficulté de navigation sur le site de la HAS.
Il est difficile de savoir si la nouvelle plate-forme de la HAS, en ligne depuis avril 2013, est plus simple pour les médecins généralistes, car peu de médecins de mon étude avaient remarqué ce changement ou visité le site depuis. Il faudrait éventuellement réinterroger les médecins.
Pour ma part, je pense que la nouvelle plate-forme de la HAS manque d'ergonomie.

Les autres plates-formes comme le catalogue CISMeF ou la banque de données PubMed restent complexes pour les médecins généralistes surtout parce qu'ils ne maîtrisent pas la technique de recherche, ce n'est pas véritablement un manque d'ergonomie.
À l'inverse, Google qui est un moteur de recherche facile et simple (la page d'accueil est une fenêtre de recherche sur un fond blanc) est communément utilisé.

Les médecins n'utilisent pas certaines sources d'information intéressantes, car, pour eux, le mode de recherche est compliqué. Une formation simple suffirait à accroître leur utilisation. La complexité réside dans l'inconnu principalement.

En ce qui concerne les livres et les revues papier, le mode de recherche est assez contraignant, il faut utiliser la table des matières, il est impossible de réaliser une recherche par mots-clefs. La difficulté est bien présente dans ce cas-là.

6.3.2.2.3 Un défaut de pertinence et d'applicabilité des informations

Certaines informations fiables et valides sont difficilement applicables à la médecine générale.

Par exemple, il y a une inadéquation entre des recommandations s'adressant au cas général alors que le médecin généraliste exerce dans la particularité.
C'est ce que pense un médecin de mon étude concernant les recommandations réalisées par la HAS.
Cette difficulté a, également, été retrouvée dans d'autres études : (24) et (31).

Un médecin de mon étude rapporte que la revue *Prescrire* ne traite que de problématiques de prescriptions alors que le médecin généraliste est "le médecin de la relation".
Les médecins ont tendance à délaisser les informations peu pertinentes.

L'information disponible sur un document primaire, secondaire ou tertiaire ne s'applique pas directement au patient qui pose problème au médecin. C'est au médecin de faire un travail de contextualisation pour adapter ces informations à son patient. Il faut donc qu'il en soit capable et qu'il soit formé à cela.

6.3.2.2.4 Le coût pour l'accès à l'information et l'actualisation

Le coût pour l'accès à l'information est un problème récurrent et, notamment, dans les précédentes études.
L'actualisation des livres de la bibliothèque personnelle du médecin a un coût qui n'est pas négligeable.
En 2006, dans une étude américaine, c'est un obstacle pour 33% des répondants (31).
11 médecins sur 137 ont cité le problème du coût dans l'étude de Pham et Boissel, en 2008 (8), en 2009, dans l'enquête de Bernard (24), 1.7% des médecins l'ont cité.
Il me semble que cette difficulté régresse, car seulement 1 médecin a cité cette problématique.
Depuis 2001, beaucoup d'articles de revue de recherche scientifique peuvent être accessibles gratuitement grâce à la création de l'Open Access. Il est également possible d'avoir accès gratuitement à des ressources proposant de la littérature tertiaire ou quaternaire (le site de la HAS, CISMeF, la revue en ligne Minerva …)

Les médecins de mon étude ont tendance à utiliser des ressources gratuites comme les revues d'information voire les plates-formes des laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, des ressources gratuites donnant accès à des informations de qualité existent.

6.3.2.3 Les freins implicites retrouvés dans les entretiens

6.3.2.3.1 L'ambivalence des médecins

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins utilisent des sources de qualité variable. Pourtant, les notions d'indépendance de l'information et de validation par la science semblent primordiales pour eux. Ils sont dans un comportement ambivalent : ils veulent une information de qualité, mais ils utilisent une « mauvaise » information.
Nous pouvons expliquer ce comportement par deux principes :

- **Le sentiment d'invulnérabilité**

  Dans mes entretiens, la plupart des médecins ont confiance en l'information qu'ils trouvent. La première raison est qu'ils donnent du crédit à leurs sources d'information (12

médecins sur 25) et la deuxième est que les médecins se sentent capables de distinguer l'information de qualité (9 médecins).
Quelques médecins ont pourtant cité des sources de qualité douteuse.

Les médecins réalisent eux-mêmes leurs recherches dans des sources qu'ils jugent fiables et ils pensent que leurs études ou leur expérience leur permettent de juger la qualité de l'information. Cela leur donne un « sentiment d'invulnérabilité » ou d'autosatisfaction.

Je peux citer plusieurs exemples :

- 21 médecins sur 22 dans mon étude n'ont pas confiance en l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques. Parmi ces médecins, 10 reçoivent la visite médicale, et donc écoutent les messages de l'industrie pharmaceutique.
  Ce manque de confiance est retrouvé dans plusieurs études :
  - ✓ Dans les études du Dr Dupagne de 2009 (22), la FMC proposée par les laboratoires est reconnue comme fiable à 3.85% par les membres de Mgclinique et 3.51% par les membres de Mglist.
  - ✓ Également dans l'étude de l'IGAS de 2007 sur l'information sur le médicament (23), la visite médicale apparaît comme peu crédible. Toutefois, elle reste une source d'information indispensable pour 55% des médecins.

  1 médecin sur 5, dans mon étude, pense savoir reconnaître les "mauvaises" informations délivrées par l'industrie pharmaceutique.
  Ce problème a également été évoqué dans l'ouvrage de l'OMS (54), c'est le sentiment d'invulnérabilité que présente la plupart des médecins face à l'industrie pharmaceutique. Pourtant, ces médecins sont influencés malgré eux et cela a une répercussion sur leurs prescriptions. Les médecins pensent que leur niveau d'études et leur intelligence leur permettent de déjouer les ruses de l'industrie pharmaceutique, ce qui n'est pas le cas, car ces techniques sont, justement, adaptées à des personnes comme eux. Le fait d'écouter plusieurs laboratoires concurrents n'améliore en rien la situation puisqu'en général, la promotion de l'industrie concerne les nouveaux médicaments qui n'ont pas, pour le coup, de concurrent.

- Ce principe s'applique dans le cas de la presse d'information médicale qui est majoritairement financée par l'industrie pharmaceutique.
  17 médecins sur 25 dans mon enquête "parcourent" ce type de presse et 5 médecins reconnaissent que ces journaux donnent accès à une information biaisée et qu'il faut donc garder son esprit critique.

- Google est la ressource la plus citée dans mon étude.
  16 médecins sur 25 sont conscients que Google peut leur donner accès à des informations fiables comme biaisées, mais ils se sentent capables de distinguer la "bonne" information.

Les médecins sont satisfaits de leurs recherches et des réponses qu'ils trouvent. Je pense pourtant qu'ils peuvent avoir accès à des informations de qualité douteuse, mais, comme ils ne savent pas chercher et critiquer, ils ne s'en rendent pas compte.

- **Deux niveaux d'exigence**

Comme j'ai pu le voir au travers de mes entretiens, les médecins déclarent être moins exigeants pour les recherches ponctuelles, en consultation, les « recherches Google ». Ils sont beaucoup plus regardants pour les recherches bibliographiques (travaux de thèses, cours, groupes de pairs…).
Ils sont également moins exigeants pour les questions qui concernent le diagnostic d'une pathologie que pour les questions sur la thérapeutique.

- L'étude de J.Aim de 2011 (21) conclue aussi à 2 niveaux d'exigence quant à la fiabilité, portant sur l'objectif de la recherche documentaire. Pour les questions ponctuelles en consultation, les médecins étaient moins exigeants d'où le succès de Google, alors que pour un travail de recherche, ils devaient être plus regardants.
- Nous pouvons retrouver dans la thèse précédente (21) ainsi que dans une thèse menée en 2008 (41) que les médecins ont tendance à consulter des ressources qu'ils jugent eux-mêmes moyennement ou pas fiables, et d'autant plus lorsque les recherches se font durant la consultation (21).

Pourtant, il est possible de faire une recherche rapide et efficace pendant la consultation.
Un article réalisé en 2010 (55) a répertorié les sites de qualité utiles en consultation, notamment le portail CISMeF en mode d'entrée « terminologie » ou « recommandation », des sites nationaux comme Orphanet et le CRAT. Toutefois, je ne rejoins pas les résultats de l'auteur quant au choix de Google.

Peut-on se contenter d'une information douteuse parce que la recherche est faite pendant la consultation ou parce que la question ne traite pas de thérapeutique ? Il n'est pas concevable d'utiliser ce type d'information lorsqu'il s'agit de soins. Il ne devrait pas y avoir plusieurs niveaux d'exigence, le médecin doit chercher une information de qualité.

Afin de lever cette ambivalence, si les médecins veulent une information de qualité, il faut qu'ils aient une bonne technique de recherche et qu'ils sachent critiquer l'information qu'ils trouvent, en toutes circonstances.

6.3.2.3.2 Le raisonnement binaire des médecins généralistes

Au travers de mes entretiens, j'ai pu noter que les médecins ont tendance à être tranchants dans leurs opinions sur les sources d'information. C'est « tout noir ou tout blanc », ils n'accordent pas de nuance. Ils ont trop souvent tendance à généraliser.

J’ai pu relever ce comportement lorsqu’ils parlent de la HAS. Beaucoup ne veulent plus se servir des outils de la HAS.
Ils se méfient de la HAS depuis les scandales liés à la découverte de conflits d’intérêts et par méconnaissance de la notion de qualité de soins. Ils évoquent une pression des politiques de santé et des contraintes économiques. Pour eux, la HAS est à rapprocher de la "Sécurité sociale". Les médecins ont parfois l'impression qu'on leur demande d'agir pour le bien économique, au détriment du patient.
C'est ce que certains ressentent concernant la nouvelle recommandation sur le diabète de type 2 et l'utilisation préférentielle des sulfamides en association avec la metformine lors d’une bithérapie. Pourtant, les sulfamides sont des médicaments éprouvés de longue date, nous avons d'avantages d'études sur leur innocuité contrairement aux nouvelles classes d'antidiabétiques oraux. Le rapport bénéfice/risque des sulfamides est connu, ce qui n'est pas le cas des nouveaux médicaments. L'OMS définit la qualité de soins comme la capacité à "*garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...*".

Nous pouvons parler du cas de la revue Prescrire.
Dans mon étude, les « adeptes » de Prescrire vont même jusqu’à comparer cette source à La Bible. Ils semblent également suivre de manière absolue les idées et les opinions de Prescrire.
Par exemple, certains médecins ont évoqué les critiques de Prescrire à l'encontre de la HAS. Ces critiques renforcent leur comportement d’évitement des ressources de la HAS.

À l’inverse, 9 médecins sur 25 critiquent Prescrire, dans mon étude : "si nous lisons et écoutons Prescrire alors nous ne prescrivons plus rien". Les médecins se sentent gênés dans leur pratique de prescription et trouvent que ce n'est pas toujours adapté à la médecine générale. Ils trouvent Prescrire trop "précautionneux".
Les médecins évoquent, aussi, dans le volet qualitatif du rapport de l'IGAS (23), une certaine irritation face à des prises de position tranchées de la revue.
Certains médecins de mon étude se sont même désabonnés de la revue.

Dans ce climat de "doute", un médecin que j'ai interrogé se méfie de toutes les sources d'information et même les plus fiables, "il craint d'être manipulé".

Les médecins n'ont plus recours à certaines sources pouvant donner accès à des informations de qualité parce qu'ils craignent d'être manipulés ou parce que l'information délivrée les dérange dans leur pratique de prescription. Les médecins ont tendance à adopter un comportement binaire. "Tout n'est pas noir ou blanc". Il faut que le médecin use de son esprit critique pour évaluer l'information, qu'il vérifie le niveau de preuve de ce qui est avancé et la fiabilité des auteurs de l'information. Il y a du "bon" et du "mauvais" partout. C'est au médecin de se faire une opinion des sources d'information.

6.3.2.3.3 La surabondance d'information

15 médecins sur 23, pratiquement 2 médecins sur 3, dans mon étude trouvent toujours une réponse. En effet, il y a une surabondance d'informations avec les ressources disponibles.
Dans l'étude de Pham et Boissel (8), 25% des questionnements, seulement, restent sans réponse.
Dans une enquête menée aux États-Unis sur 2500 praticiens en soins primaires (31), nous pouvons noter que 68.7% des médecins trouvent une réponse la plupart du temps.

Quelques médecins, environ 1 médecin sur 3, sont moins satisfaits. Les 3/4 de ces médecins appartiennent au groupe des moins de 45 ans et des médecins enseignants. Je pense que ces médecins sont moins satisfaits parce qu'ils savent que l'information trouvée est souvent de mauvaise qualité et ne satisfait pas aux trois critères : il faut que la source de cette information soit fiable, que le niveau de preuve soit indiqué et que l'information soit adaptée au contexte.

La surabondance d'informations est une difficulté majeure, car le médecin doit savoir trier.
C'est la première barrière pour 47.7% des répondants dans l'enquête du Dr Bernard de 2009 (24) ainsi que dans sa revue de littérature de 1997 à 2005.
Il en est de même dans l'étude de Pham Boissel (8) pour 77 médecins sur 137.

Dans mon étude, les médecins l'ont plutôt considérée comme un avantage, c'est lié au sentiment d'invulnérabilité.

La plupart des médecins sont satisfaits de leurs recherches d'informations. Ils trouvent toujours quelque chose, ce qui semble être l'essentiel pour eux.

6.3.2.3.4 La confiance en la « notoriété »

J'ai pu noter, par mon étude, que les médecins faisaient davantage confiance aux praticiens travaillant dans les CHU ou aux "Professeurs".

4 médecins généralistes, dans mon étude, ont confiance en leurs correspondants parce qu'ils travaillent à l'hôpital voire dans un CHU.
6 médecins sur 25 assistent à des séminaires organisés par les universités.
Pratiquement la moitié des médecins (11 sur 25) ont cité les sites et documents des universités comme source d'information principale.
Aussi, 3 médecins accordent du crédit aux "sociétés savantes".
Une étude réalisée, en 2006, en Nouvelle-Zélande (56) montre que les confrères sont la source d'information la plus importante pour les médecins et que ces derniers accordent plus de crédit aux correspondants de l'hôpital.

Le médecin qui a confiance en l'information délivrée par les universités peut avoir accès à une information de mauvaise qualité, il faut, dans ce cas aussi, faire preuve d'esprit

critique pour évaluer l'information. L'information de l'université ne doit plus être "parole d'évangile".

6.3.2.3.5 Les relations amicales

Les confrères sont une source d'information majeure pour les médecins généralistes. Par manque de temps et pour obtenir une réponse pertinente, ils ont tendance à délaisser la recherche documentaire et appeler un confrère.

Dans mon enquête, 6 médecins sur 11 leur font confiance, 7 médecins choisissent leurs correspondants et 2 médecins reconnaissent que certains sont leurs "copains". Un médecin rapporte qu'il fait confiance aux experts qu'il connaît et avec qui il a l'habitude de travailler.

Le médecin va avoir tendance à accorder plus de crédit à l'information s'il entretient une relation amicale avec ses confrères.
Pourtant, ils ne sont pas toujours fiables et leurs avis restent des avis d'expert si aucune recommandation de grade supérieure n'est disponible.

Créer des liens est aussi une technique utilisée par l'industrie pharmaceutique : les visiteurs médicaux sont sympathiques et essaient de partager des affinités avec les médecins afin d'obtenir leur écoute.

C'est une solution de facilité pour les médecins généralistes. En effet, ils se plaignent souvent d'entretenir des relations tendues avec les médecins spécialistes parce qu'ils peuvent se sentir peu écoutés, peu compris voire dénigrés. Mais la relation "amicale" perturbe le regard critique nécessaire face à l'information.

6.3.2.3.6 Le respect du principe de réciprocité

Comme l'a dit Cialdini, en 2000 (57) : *"Chacun de nous a appris à vivre selon la règle (de réciprocité) et chacun de nous connaît la sanction sociale et la dérision dont est victime toute personne enfreignant cette règle... Chaque fois que nous acceptons un cadeau, nous sommes redevables envers la personne qui nous l'a donné"*
Ce principe est également utilisé par l'industrie pharmaceutique. Inconsciemment, les médecins se sentent redevables du moindre cadeau fait par un laboratoire. Ils se fient plus facilement à l'information que l'industrie délivre. Ce qui représente un grand danger pour l'accès à une information fiable. Un des médecins de mon étude a très justement évoqué ce problème.

Pour étayer cela, on pourrait citer les portails numériques réalisés par certains laboratoires pharmaceutiques : Univadis ou la Conférence Hippocrate, par exemple. Ils donnent accès à des ressources médicales numériques. 3 médecins sur 25 ont cité ces plates-formes comme source d'informations principale, d'où le danger qu'elles peuvent représenter.

Les médecins qui utilisent les portails des laboratoires pharmaceutiques ont, non seulement, accès à une information de qualité douteuse, mais ils peuvent se sentir plus « proches » de ces laboratoires.

6.3.3 Les solutions envisagées par les médecins et leur faisabilité

6.3.3.1 La formation

Comme les médecins de mon étude l'ont exprimé, il faudrait des formations à l'outil informatique et Internet mais également à la recherche documentaire, à la LCA et à l'EBM.

Cette proposition est retrouvée dans plusieurs études :

- une étude qualitative belge de 2005 (50) sur 31 médecins insiste sur l'importance de la formation à l'EBM pendant le cursus universitaire mais elle reste possible pendant la FMC. Dans cette étude, *" il faudrait que les enseignants (de FMC) recrutés soient payés par le gouvernement*".
- une étude canadienne de 2003 sur 80 médecins ruraux (58) retrouve une amélioration des compétences dans la recherche documentaire sur Internet et dans l'utilisation des bases de données après une séance de formation individualisée de 3 heures.
- dans l'étude anglaise menée en 2005 (44), 54% des médecins généralistes souhaiteraient avoir une formation à l'Internet et 69% une formation aux banques de données bibliographiques.
- dans une étude française de 2006 (59), il est noté qu'une formation à l'utilisation d'Internet et notamment à la recherche d'informations médicales permettrait pour 26% des interrogés de favoriser l'usage du web.
- Dans l'étude de Pham et Boissel de 2008 (8), le premier outil cité pour améliorer l'accès à l'information était la FMC centrée sur la pratique (73 médecins sur 137).

Certains pensent que les médecins ne font pas assez de FMC et, c'est pour cette raison, qu'ils se posent autant de questions. Alors qu'il semblerait que « plus on se forme, plus on se pose des questions ». La formation doit être encadrée voire obligatoire.

Le médecin se pose des questions durant sa pratique de soins. Pour pouvoir y répondre, des stratégies de recherche documentaire vont être mises en œuvre. Il faut donc un apprentissage aux techniques de recherche. Le médecin devra ensuite faire une analyse critique des informations collectées. Cette analyse nécessite aussi un apprentissage. Enfin, une expertise professionnelle est nécessaire pour contextualiser les informations afin de les adapter à son cas particulier.

6.3.3.2 Un travail facilité

6.3.3.2.1 Une liste de sources donnant accès à une information de qualité

Certains aimeraient disposer d'une liste de sites de qualité.
Cette liste de sites fiables est la première solution retenue dans l'enquête de Croste (59) pour 61% des moins de 50 ans et 42.4% des plus de 50 ans.

Cette liste semble exister, il s'agit de CISMeF qui est un catalogue de liens vers des sites, au préalable, triés. Les médecins ne l'utilisent pas car ils ne savent pas mener une recherche sur cette ressource. Une formation simple à cet outil permettrait d'accroître son utilisation.

6.3.3.2.2 Un site internet

Les médecins de mon étude ont réfléchi à une source idéale qui serait : un site internet, rapide, avec une information facile d'accès, gratuite. Il faudrait que les informations soient régulièrement actualisées, sur des sujets de médecine générale et réservées aux professionnels.
Une méthode par synthèse d'articles et revues systématiques comme dans la revue *Prescrire* serait judicieuse et un gage de validité scientifique.
Le site devrait avoir un financement autonome et être géré par plusieurs groupes d'experts dont la HAS, cette multiplicité permettrait la fiabilité de l'information.

Il est bien évident que créer un nouveau site est un peu utopique, car il est délicat d'avoir une source gratuite avec un financement autonome ou alors, il faudrait que la HAS bénéficie d'importantes subventions et qu'elle rétribue ses groupes d'experts à leur juste valeur.

- Cette idée d'un site est évoquée dans l'étude de Pham et Boissel (8).
- Dans une étude de 2005 (60), nous retrouvons les recommandations des médecins généralistes sur l'accès à l'information, ils souhaitent une information claire, adaptée au contexte, fiable utilisant la méthode des synthèses, dans un site avec une ergonomie simple pouvant permettre des recherches faciles et rapides.
- L'étude de Croste (59) met à jour la volonté des médecins généralistes (47%) d'avoir accès à un site regroupant des informations utiles à la pratique.

6.3.3.2.3 Un blog

Un des médecins de mon étude a longuement discuté de son blog. Il a créé un blog de cas cliniques de médecins généralistes qui pourraient être accessibles par mots-clefs : les « REvES » (Résumés d'évaluation critique structurés). Suite à une question dans sa pratique, un médecin

réaliserait une recherche sur des sources donnant accès à des informations de qualité. Les médecins auraient donc une réponse à un cas particulier et son niveau de preuve.

Nous pouvons également parler des 2 outils créés par la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) et par MGForm ainsi que leur tentative de mise en commun : le WikiDPC et la BREvES (61).
La BREvES est une bibliothèque de REvES validés par un conseil scientifique.
Le WikiDPC est une encyclopédie participative validée par un comité rédactionnel. C'est la suite de la Base de Données BAZURIAP (Base de données pour l'utilisation de rappels informatisés pour l'amélioration des pratiques). BAZURIAP collige des paragraphes et des chapitres des recommandations de la HAS qui sont pertinents pour la médecine générale. Le WikiDPC est construit progressivement et mis à jour en permanence à partir des questions posées par la pratique quotidienne et d'une veille documentaire de la littérature médicale internationale.

Les 2 outils sont effectivement d'excellentes solutions car ils permettent l'accès à des informations de qualité, c'est-à-dire fiables, conformes aux données de la science et pertinentes pour la pratique en médecine générale. Toutefois, pour que tous les médecins puissent collaborer, il faut qu'ils soient formés à la recherche documentaire et à l'évaluation de la qualité.

6.3.3.3 Déléguer sa recherche

Certains médecins de mon enquête pensent que c'est au médecin de faire ses recherches. D'autres estiment que cela ne fait pas partie de son travail de médecin généraliste, car il faut avoir reçu une formation à la recherche documentaire, cela requiert du temps et ce temps n'est pas justement rémunéré.
Ils proposaient alors de déléguer leurs recherches. Nous pouvons penser qu'ils le font déjà lorsqu'ils appellent un confrère. Ce qu'ils suggèrent se nomme le courtage des connaissances.

Cette notion est évoquée vaguement dans l'étude de Pham et Boissel (8). Cette dernière propose des prestataires de services indépendants répondant aux questions directement.
Dans son article de 2009 (62), Boissel explique qu'après formulation d'une question, un intermédiaire courtier en connaissance ferait une recherche dans la littérature, sélectionnerait les références pertinentes, ferait une lecture critique et élaborerait une synthèse afin de répondre de manière fiable et adaptée à la question.
Mais il faudrait déterminer qui seraient ces experts, quelles seraient leurs compétences, par qui ils seraient indemnisés et si cela serait gratuit.
Une revue de la littérature de 1992 à 2005 à l'étranger (39) traite de l'utilité d'un intermédiaire responsable de la recherche documentaire pour obtenir une réponse. Les médecins semblaient ravis, car ils préféraient déléguer leurs recherches.
En 2010, Boissel a réalisé une autre étude pour étudier la faisabilité de ce courtage des connaissances en thérapeutique dans les hôpitaux et sur des groupes de médecins généralistes (63). Les médecins généralistes sélectionnés parmi des adhérents de l'Unaformec étaient finalement moins enthousiastes. Les informations obtenues étaient peu appropriées, car la plupart des traitements prescrits par les médecins généralistes étaient discrédités.

Dans mon étude, un médecin nous explique qu'il serait possible d'envoyer sa question sur une plate-forme Internet à un groupe d'experts. Ce dernier envoyait sa question sur le site du *Concours Médical* par mail. Mais le problème serait le même : qui seraient ces experts ? Auraient-ils des liens d'intérêt ?

Nous pourrions également utiliser un logiciel de question-réponse, cette solution n'a pas été évoquée directement par les médecins de mon étude, mais cela a pu être étudié dans d'autres enquêtes (39) et (64).

6.3.4 Mes propositions

Par mon étude, j'ai pu trouver plusieurs raisons au fait que les médecins n'utilisent pas une information de qualité. Mais je pense que l'une des principales est l'absence de formation. En effet, les médecins qui ont reçu une formation (les médecins enseignants et les médecins du groupe des moins de 45 ans) semblent mieux sélectionner leurs sources d'information.
La solution la plus concevable semble donc la formation à la recherche documentaire et à l'évaluation de la qualité pour tous les médecins lors de leur cursus universitaire et lors de la FMC. Le médecin serait alors en mesure de faire une recherche documentaire par une meilleure maîtrise de l'outil informatique et Internet et par une formulation correcte de sa question. Aussi, il pourrait critiquer l'information qu'il trouve par la connaissance de la définition de la qualité de l'information.
Cette formation est intégrée dans le cursus universitaire depuis peu. Pendant leur FMI, les étudiants en médecine du deuxième cycle ont un enseignement à la LCA ainsi qu'à la recherche documentaire. Ils apprennent à chercher l'information et à critiquer un article. Toutefois, il manque une formation à l'évaluation des documents tertiaires et quaternaires ainsi qu'à l'évaluation de la presse médicale, des livres et des sites web.
Durant le troisième cycle de médecine générale à l'Université de Bordeaux II, les techniques de recherche et l'évaluation de la qualité sont enseignées aux étudiants et sont mises en pratique par la réalisation d'un portfolio contenant des scripts. Dans ces derniers, l'étudiant répond à des questions relatives à la médecine générale en utilisant des informations de qualité, c'est-à-dire provenant de sources fiables et avec le plus haut niveau de preuve scientifique.
Il faut, également que cette formation prenne plus de places dans la FMC pour que les médecins plus âgés soient formés. Il existe des séminaires sur ces thèmes, mais peu de médecins y participent. Peut-être, faudrait-il que ces formations soient mieux rémunérées voire obligatoires ? Il faudrait que ces formations soient organisées régulièrement et dans tous les départements pour que les médecins ne perdent pas leurs acquis et qu'ils puissent y accéder facilement.

Je pense que le médecin généraliste doit savoir chercher l'information et réfléchir. Toutefois, la deuxième difficulté relevée par les médecins est l'absence de temps : il existe des ressources intéressantes pour aider le médecin et notamment les outils collaboratifs. Il faut donc continuer leur développement. Aussi, une grille d'évaluation des documents tertiaires devrait être disponible car ce sont les ressources les plus utilisées par les médecins généralistes.

Une autre solution réalisable à court terme, pour améliorer l'accès à une information de qualité, serait que toute information médicale soit accompagnée de son niveau de preuve ainsi que de la déclaration de liens d'intérêts de son auteur, comme l’a judicieusement évoquée un médecin de mon étude.

7 Conclusion

Le médecin généraliste doit actualiser ses connaissances continuellement pour que son savoir soit en adéquation avec l'évolution de la médecine.

Les pratiques des médecins révèlent qu'ils n'ont pas de technique de recherche et qu'ils consacrent peu de temps à l'autoformation.
Ils utilisent un nombre important de ressources documentaires sur un support papier mais surtout numérique. En effet, les ressources documentaires disponibles sont plus nombreuses depuis le développement d'Internet. La qualité des informations reste, toutefois, variable.

Plusieurs difficultés majeures ont été évoquées par les médecins :

- Il y a des difficultés liées au médecin comme le manque de temps, l'âge, la barrière de la langue mais surtout le manque de formation.
  Les médecins qui semblent consacrer le plus de temps à la recherche documentaire sont les médecins « passionnés » comme les médecins formateurs en FMI ou en FMC et les médecins à exercice particulier.
- Il existe aussi des difficultés inhérentes aux sources d'information : l'existence de conflits d'intérêts, la mauvaise ergonomie de certaines ressources, le manque de pertinence de l'information et le coût pour l'accès à l'information.
  Nous ne pouvons pas vraiment parler de difficultés en ce qui concerne l'ergonomie des sources, car le plus souvent cette difficulté est liée à l'absence de formation, sauf pour le site de la HAS qui est assez compliqué. Pour ce qui est du coût, cette difficulté semble régresser depuis l'avènement de l'Open Access, une partie de la littérature tertiaire est également disponible gratuitement.

J'ai pu relever des obstacles non dits au travers de mes entretiens : le sentiment d'invulnérabilité du médecin, la surabondance d'informations qui noie l'information de qualité, les relations amicales, la confiance en « la notoriété », le respect du principe de réciprocité. Aussi, les médecins ont tendance à catégoriser leurs sources d'information et à être trop tranchants dans leurs opinions. Alors que « tout n'est pas noir ou blanc ».

Les médecins formateurs en FMI et en FMC semblent mieux sélectionner leurs sources d'information, c'est aussi le cas des médecins les plus jeunes. La formation semble avoir un impact sur l'accès à une information de qualité.

Le médecin généraliste doit donc être formé à la recherche documentaire ainsi qu'à l'évaluation de la qualité afin d'avoir une technique de recherche et pouvoir trier l'information qu'il trouve.
La formation doit être intégrée dans le cursus universitaire mais également dans la FMC, elle doit être régulière. Il faudrait aussi que ces formations soient organisées dans tous les départements pour en faciliter l'accès.
Des formations sur ce thème existent déjà.
Mais comment les rendre attractives ? Peut-être, faudrait-il qu'elles soient obligatoires ?

Le médecin doit prendre conscience que l'autoformation est importante dans sa pratique et que l'accès à une information de qualité garantit une prise en charge optimale de ses patients.
Il doit avoir en tête la notion d'EBM, c'est-à-dire l'importance des préférences du patient, de l'état actuel des connaissances scientifiques ainsi que de son expérience clinique.

Toutefois, devant le manque de temps, il a la possibilité d'utiliser des ressources intéressantes pour accéder à une information de qualité comme le catalogue CISMeF, les outils collaboratifs, les revues indépendantes telles que *Prescrire*, *Médecine* ou *Exercer*, des sites web utilisables en consultation comme le CRAT ou Antibioclic[20], ainsi que les ressources donnant accès aux recommandations de la HAS. Une formation simple permettrait d'accroître et améliorer leur utilisation.

[20] http://www.antibioclic.com/

8 Bibliographie

1. Ordre National des médecins. Le Serment d'Hippocrate. Bulletin de l'Ordre des médecins. 1994 Avr;4

2. American Library Association. Presidential Commission on Information Literacy : Finalreport . Chicago: ALA ; 1989 Jan cité et traduit par Bernhard P. Apprendre à "maîtriser" l'information: des habiletés indispensables dans une "société du savoir". Éducation et francophonie. 1998;26(2):98-116.

3. Tricot A, Rouet JF. Activités de navigation dans les systèmes d'information, In Hoc JM, Darses F. Psychologie ergonomique : tendances actuelles. Paris : PUF; 2004,71-95.

4. Enssib. (page consultée le 01/02/2013). Ressources Electroniques Pour les Etudiants, la Recherche et l'Enseignement 2011, [En ligne]. http://repere.enssib.fr.

5. Alper BS, Hand JA, Elliott SG, Kinkade S, Hauan MJ, Onion DK, et Sklar BM. How much effort is needed to keep up with the literature relevant for primary care? Journal of the Medical Library Association. 2004 Oct; 92(4):429-437.

6. Mouillet E. [MEDLINE and PubMed 2006. Presentation and instructions for use]. Santé. 2006 Mar;16(1):55-64.

7. HAS. (page consultée le 15/05/2014) Bonnes pratiques et critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/bonnes_pratiques_et_criteres_de_qualite_des_revues_et_journaux_de_la_presse_medicale_francaise.pdf.

8. Pham D, Boissel JP, Wolf P, Rigoli R, Cucherat M, Stagnara J. Médecins généralistes : de quelle information avons-nous besoin ? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unaformec RA. Médecine. 2008 Oct 1;4(8):369-375.

9. Llorca G. La formation médicale : aspects conceptuels. Lyon: Médiations; 1999.

10. HAS. (page consultée le 3/12/2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

11. CNFMC. (page consultée le 15/05/2013). Critères de qualité définis conjointement par les conseils nationaux de la formation médicale continue, en application de l'arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue, [En ligne]. http://www.cnfmc.fr/docs/criteres-qualite.pdf.

12. CNFMC. (page consultée le 15/06/2014). Rapport d'activité 2008-2009, [En ligne]. http://www.cnfmc.fr/docs/rapport_activites_cnfmc_2008-2009.pdf

13. HAS. (page consultée le 2/12/2013). Evaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf.

14. Prescrire. (page consultée le 3/12/2013). Qui est Prescrire - "Non merci..." - Prescrire n'affiche plus le HONcode, [En ligne]. http://www.prescrire.org/fr/12/38/0/529/About.aspx.

15. HAS. (page consultée le 15/05/2014). Vers une évolution de la certification des sites santé, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante

16. Centrale Santé. (page consultée le 24/03/2014). Net Scoring ® : critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet, [En ligne]. http://www.chu-rouen.fr/netscoring/

17. Inserm. (page consultée le 3/12/2013). Recherche et évaluation de l'information biomédicale sur le web, [En ligne]. http://infodoc.inserm.fr/asso/index.html.

18. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institut of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington : National Academy Press; 1990.

19. The AGREE Next Steps Research Consortium. (page consultée le 15/06/2014). Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II), [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1033792.

20. Houbart N. Internet et les médecins généralistes : évolution de 2002 à 2008 et perspectives. [Thèse de Doctorat en médecine]. Toulouse:Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.

21. Aïm J. Recherche sur Internet en situation de consultation en médecine générale : ressources choisies et utilisées : les critères de choix : étude qualitative réalisée par 3 focus groups auprès de médecins généralistes. [Thèse de Doctorat en médecine]. Lyon:Université Claude Bernard Faculté de médecine; 2011.

22. Dupagne D. (page consultée le 2/12/2013). Fiabilité des sources d'informations médicales, [En ligne]. http://www.atoute.org/n/Fiabilite-des-sources-d.html.

23. Bras PL, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V (Membres de l'Inspection générale des affaires sociales). L'information des médecins généralistes sur le médicament. Paris: La documentation française; 2007. Rapport n°RM 2007-136P.

24. Bernard E. Utilisation par les médecins généralistes de l'Internet comme outil de recherche documentaire pour la pratique clinique : obstacles et facteurs facilitant. [Thèse de Doctorat en médecine]. Versailles:Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines Faculté de médecine; 2009.

25. Black N. Why We Need Qualitative Research. Journal of Epidemiology and Community Health. 1994 Oct; 48(5):425-426.

26. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France; 2009.

27. Kaufmann JC, de Singly F. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2011.

28. Giacomini MK. Les « preuves » issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches. Evidence−Based Medicine. 2001; 6(1):4−6.

29. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.

30. Campenhoudt LV, Quivy R, Marquet J. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod; 2011.

31. Bennett NL, Casebeer LL, Zheng S, Kristofco R. Information-Seeking Behaviors and Reflective Practice. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2006; 26(2): 120-127.

32. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. 2006 Avr;481.

33. Hopscotch. (page consultée le 22/12/2013). Baromètre « Web et Santé » Hopscotch-Listening Pharma, [En ligne]. http://www.hopscotch.fr/fr/news/barometre-web-et-sante-hopscotch-listening-pharma.

34. Sim MG, Khong E, Jiwa M. Does General Practice Google? Australian Family Physician. 2008 Juin; 37(6):471-474.

35. Janes R, Arroll B, Buetow S, Coster G, McCormick R, Hague I. Many North Island rural general practitioners appear not to use Internet websites as a frequent source of health information. New Zealand Family Physician. 2004 Août; 31(4):239-244.

36. HAS. (page consultée le 22/12/2013). La recherche d'informations médicales sur internet, [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recherche_informations_medicales_internet.pdf.

37. Meats E, Brassey J, Heneghan C, Glasziou P. Using the Turning Research Into Practice (TRIP) database: how do clinicians really search? Journal of the Medical Library Association. 2007 Avr;95(2):156-163.

38. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue: une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre. [Thèse de Doctorat en médecine]. Tours:Université François Rabelais UFR de médecine; 2012.

39. Coumou HC, Meijman FJ. How Do Primary Care Physicians Seek Answers to Clinical Questions? A Literature Review. Journal of the Medical Library Association. 2006 Jan;94(1): 55-60.

40. Kerdelhué G. CISMeF : un catalogue et index des sites médicaux de langue française. La Santé de l'homme. 2010 Déc;410:36.

41. Battesti E. Où trouver les réponses aux questions pratiques des médecins généralistes ? [Thèse de Doctorat en médecine]. Nice:Université de Nice-Sophia Antipolis Faculté de Médecine; 2008.

42. Andrews JE., Pearce KA, Ireson C, Love MM. Information-seeking behaviors of practitioners in a primary care practice-based research network (PBRN). Journal of the Medical Library Association. 2005 Avr;93(2):206-212.

43. McCaw B, McGlade K, McElnay J. The Impact of the Internet on the Practice of General Practitioners and Community Pharmacists in Northern Ireland. Informatics in Primary Care. 2007;15(4):231-237.

44. Doney L, Barlow H, West J. Use of Libraries and Electronic Information Resources by Primary Care Staff: Outcomes from a Survey. Health Information and Libraries Journal. 2005 Sept; 22(3):182-188.

45. Gonod Boissin F. Information-Seeking Behaviour and Use of the Internet by French General Practitioners: A Qualitative Study. Health Information and Libraries Journal. 2005 Sept;22(3):173-181.

46. Delarue LA. Les "Recommandations pour la pratique clinique" élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? à propos de trois classes thérapeutiques. [Thèse de Doctorat en médecine]. Poitiers:Université de Poitiers UFR de médecine et de pharmacie; 2011.

47. Formindep. (page consultée le 22/12/2013). Le Conseil d'Etat abroge la recommandation de la HAS sur le diabète de type 2, [En ligne]. http://www.formindep.org/Le-Conseil-d-Etat-abroge-la.html.

48. Collier R. Clinical Guideline Writers Often Conflicted. Canadian Medical Association Journal. 2011 Fév 22;183(3):139-140.

49. Mendelson TB, Meltzer M, Campbell EG, Caplan AL, Kirkpatrick JN. Conflicts of interest in cardiovascular clinical practice guidelines. Archives of Internal Medicine. 2011 Mar 28;171(6):577-584.

50. Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM. Implementing Evidence-Based Medicine in General Practice: A Focus Group Based Study. BMC Family Practice. 2005 Sept 9;6(1):37.

51. Dupagne D. (page consultée le 22/12/2013). La presse médicale va mal, c'est parfait ! Une source d'économies simple, immédiate et gratuite, [En ligne]. http://www.atoute.org/n/La-presse-medicale-va-mal-c-est.html.

52. Becker A, Dörter F, Eckhardt K, Viniol A, Baum E, Kochen MM, Lexchin J, Wegscheider K, Donner-Banzhoff N. The Association between a Journal's Source of Revenue and the Drug Recommendations Made in the Articles It Publishes. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 2011 Mar 22;183(5):544-548.

53. Formindep. (page consultée le 22/12/2013). Article 26 : Assez duré !, [En ligne]. http://www.formindep.org/Article-26-Assez-dure.html.

54. Organisation Mondiale de la Santé et Action Internationale pour la Santé. (page consulté le 22/12/2013). Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre Un manuel pratique. [En ligne]. http://www.leciss.org/sites/default/files/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf.

55. Grall JC. Quels sites Internet retenir comme favoris ? : Quels sont les sites consultables et utiles en temps réel lors de la consultation ? Médecine. 2010;6(2):75-77.

56. Dovey SM, Fraser TJ, Tilyard MW, Ross SJ, Kane D. Really simple, summary, bang! That's what I need- Clinical information needs of New Zealand general practitioners and the resources they use to meet them. New Zealand Family Physician. 2006 Fév;33(1):19-24.

57. Cialdini RB. Influence: science and practice. Boston, MA, Etats-Unis: Allyn and Bacon : Pearson education; 2001.

58. Kronick, J, Blake C, Munoz E, Heilbrunn L, Dunikowski L, Milne WK. Improving on-Line Skills and Knowledge. A Randomized Trial of Teaching Rural Physicians to Use on-Line Medical Information. Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien. 2003 Mar; 49:312-317.

59. Croste E, Gay B, Maurice-Tison S. Médecine générale et Internet : association difficile ? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains. Médecine. 2006 Oct;2(8):372-377.

60. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH, Rosenbaum ME. Answering Physicians' Clinical Questions: Obstacles and Potential Solutions. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2005;12(2):217-224.

61. SFDRMG et MGForm. (page consultée le 5/07/2014). Deux outils en ligne pour un réel développement professionnel, personnel et collectif, [En Ligne]. http://www.unaformec.org/IMG/pdf/Deux_outils_en_ligne_DPC-2.pdf.

62. Mecheri G, Boissel JP, Amsallem JS. Répondre "factuel" aux questions de l'exercice quotidien. Comment s'approprier les données actuelles de la science : quel "courtage" ? Médecine : De la médecine factuelle à nos pratiques. 2009 Sept;5(7):327-333. (verif revue)

63. Boissel JP, Riondet O, Cucherat M, Stagnara J, Wazné H. Le courtage des connaissances en thérapeutique. Une étude pilote de faisabilité. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 Mar 1;41(1):55-64.

64. Magrabi F, Coiera EW, Westbrook JI, Gosling AS, Vickland V. General Practitioners' Use of Online Evidence during Consultations. International Journal of Medical Informatics. 2005 Jan;74(1):1-12.

9 Annexes

Annexe 1

Liste des critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet du Netscoring

1 Crédibilité (sur 99 points)	1.1 Source 1.1a Nom, logo et références de l'institution sur chaque document du site (critère essentiel) 1.1b Nom et titres de l'auteur sur chaque document du site (critère essentiel) 1.2. Révélation 1.2a Contexte : source de financement, indépendance de l'auteur (critère essentiel) 1.2b Conflit d'intérêt (critère important) 1.2c Influence, biais (critère important) 1.3 Mise à jour : actualisation des documents du site avec date de création, date de dernière mise à jour et éventuellement date de dernière révision (critère essentiel) 1.4 Pertinence / utilité (critère essentiel) 1.5 Existence d'un comité éditorial (critère essentiel) 1.5a Existence d'un administrateur de site ou maître-toile (critère important) 1.5b Existence d'un comité scientifique (critère important) 1.6. Cible du site Internet ; accès au site (libre, réservé, tarifé) (critère important) 1.7. Qualité de la langue (orthographe et grammaire) et/ou de la traduction (critère important) 1.8. Méta-données (critère essentiel)
2 Contenu (sur 87 points)	2.1 Exactitude (critère essentiel) 2.2 Hiérarchie d'évidence et indication du niveau de preuve (critère essentiel) 2.3 Citations des sources originales (critère essentiel) 2.4 Dénégation (critère important) 2.5 Organisation logique (navigabilité) (critère essentiel) 2.6 Facilité de déplacement dans le site 2.6a Qualité du moteur interne de recherche (critère important) 2.6b Index général (critère important) 2.6c Rubrique "quoi de neuf " (critère important) 2.6d Page d'aide (critère mineur) 2.6e Plan du site (critère mineur) 2.7 Exclusions et omissions notées (critère essentiel) 2.8 Rapidité de chargement du site et de ses différentes pages (critère important) 2.9 Affichage clair des catégories d'informations disponibles (informations factuelles, résumés, documents en texte intégral, répertoires, banque de données structurées) (critère important)
3 Hyper-liens (sur 45 points)	3.1 Sélection (critère essentiel) 3.2 Architecture (critère important) 3.3 Contenu (critère essentiel)

	3.4 Liens arrière (back-links) (critère important) 3.5 Vérification régulière de l'opérationnalité des hyper-liens (critère important) 3.6 En cas de modification de structure d'un site, lien entre les anciens documents HTML et les nouveaux (critère important) 3.7 Distinction hyper-liens internes et externes (critère mineur)
4 Design (sur 21 points)	4.1 Design du site (critère essentiel) 4.2 Lisibilité du texte et des images fixes et animées (critère important) 4.3 Qualité de l'impression (critère important)
5 Interactivité (sur 18 points)	5.1 Mécanisme pour la rétroaction, commentaires optionnels : courriel de l'auteur de chaque document du site (critère essentiel) 5.2 Forums, chat ("causette") (critère mineur) 5.3 Traçabilité : informations des utilisateurs de l'utilisation de tout dispositif permettant de récupérer automatiquement des informations (nominatives ou non) sur leur poste de travail (cookies,...) (critère important)
6 Aspects quantitatifs (sur 12 points)	6.1 Nombre de machines visitant le site et nombre de documents visualisés (critère important) 6.2 Nombre de citations de presse (critère mineur) 6.3 Nombre de productions scientifiques issues du site, avec indices bibliométriques (critère mineur)
7 Aspects déontologiques (sur 18 points)	7.1 Responsabilité du lecteur (critère essentiel) 7.2 Secret médical (critère essentiel) Le non-respect des règles déontologiques est un élément disqualifiant d'un site
8 Accessibilité (sur 12 points)	8.1 Présence dans les principaux répertoires et moteurs de recherche (critère important) 8.2 Adresse intuitive du site (critère important)
	Soit 312 points au maximum

Chaque critère est pondéré, en trois classes :

- critère essentiel, côté de 0 à 9
- critère important, côté de 0 à 6
- critère mineur, côté de 0 à 3

Chaque critère est jugée par une échelle de Likert à 5 occurrences : 0 pour Très Mal, 1 pour Mal, 2 pour Bien, 3 pour Très Bien et N/A pour non-applicable. Dans ce dernier cas, le dénominateur devra être modifié pour avoir un pourcentage de score correct. Nous multiplions ce score obtenu par un facteur 3 si le critère est essentiel, 2 s'il est important et 1 s'il est mineur, afin d'obtenir le score global de chaque critère. L'addition des scores globaux de chaque critère fournit la note finale d'un site Internet. Il est également intéressant d'évaluer le score global de chacune des huit catégories ci-dessus, car, par exemple, un site peut avoir une très bonne note en crédibilité et un très mauvais en design (c'est le cas du CHU de Rouen). La note maximale est de 312 points.

Annexe 2

Mardi 21 mai 2013

Cher confrère,

Je me permets de vous contacter afin de m'aider à mener à terme mon projet de thèse.

Vous avez été choisi de manière aléatoire sur un listing de l'ensemble des médecins généralistes du Pays basque par un logiciel informatique.

Actuellement médecin remplaçant, je prépare activement ma thèse avec le Dr Bertrand Prouff, médecin généraliste à Anglet. Dans votre pratique quotidienne, vous vous posez des questions sur des maladies, des médicaments... Alors, il vous arrive fréquemment d'avoir à rechercher des informations sur des documents, revues, Internet ou autres... La pertinence et la fiabilité des informations recueillies sont variables, je me propose d'étudier quels outils vous seraient utiles pour avoir accès facilement à une information fiable.

Pour cela, je me permets de faire appel à vous et vous demande un peu de votre temps, au combien si précieux, pour que je puisse vous questionner sur vos habitudes, ce qui devrait prendre une vingtaine de minutes.

Dans une semaine, je vous recontacterai afin de savoir si vous êtes d'accord pour participer à ce travail et convenir du moment le plus approprié.

Si vous appréciez mon projet (et j'en serai très fière et reconnaissante !), vous pouvez d'ores et déjà me contacter par mail sur [redacted] ou par téléphone au [redacted].

En espérant que mon sujet de thèse vous intéressera, je vous prie, cher confrère, d'accepter mes meilleures salutations.

Annexe 3

ENTRETIEN

DATE : DUREE :
NOM :
LIEU D'EXERCICE :
TYPE D'EXERCICE :
MAIL :

1. Caractéristiques des médecins généralistes

    - Année de **thèse** :
    - **Informatisation** du cabinet ?
    - Accès à **Internet** au cabinet ? à domicile ?
    - **FMI** et Notion d'**EBM** ?
      Apprentissage de la **LCA** ?
    - **FMC** :
      Quels types ? Quelle fréquence ?
    - **Enseignement** à la recherche documentaire ?
    - Maîtrise de l'**anglais** ?

2. Recherche documentaire

    - **Quand** ? **Combien de temps** ?
    - Les **sources d'information** (papier ou numérique)
    - **Méthodes de recherche** sur ces sources :
      Moteur de recherche ou adresse directe ?
      Langage naturel ou MeSH ou équation de recherche ?
    - Les recherches sont-elles toujours, souvent, parfois, rarement ou jamais **infructueuses** ?

3. Qualité de l'information obtenue

    - Pour vous, qu'est-ce qu'une information **fiable** ?
    - Connaissance de la notion de **niveau de preuve** ou **grade de recommandation** ?
    - **Vérifiez-vous les niveaux de preuve de vos sources** ? Pensez-vous avoir accès à une information fiable ?
    - Les **sites gouvernementaux** sont-ils garants d'une information fiable ?
    - Que pensez-vous de l'information délivrée par
        - les **laboratoires pharmaceutiques** ?
        - les **experts spécialistes** ?

4. Plus précisément, quel est votre avis sur ces différentes sources d'information :

    - **Sites gouvernementaux** : HAS, ANSM
    - **Sites et polycopiés des sociétés savantes** telles que SNGE, SFMG...
    - **Journaux d'information** : *Le Quotidien du médecin, Le Généraliste, Le Panorama du médecin...*
    - **Journaux de formation** : *Prescrire, La Revue du praticien, Le concours médical...*
    - **Moteurs de recherche** : Google, Yahoo...
    - **Banques de données bibliographiques** : PubMed, CISMeF...
    - Autres : **Cochrane, Minerva, Université Laval...**

5. Les difficultés rencontrées lors de vos recherches d'informations

    - À quoi attribuez-vous vos recherches infructueuses sans parler pour le moment de vos sources d'information mais plutôt de **vos manques ?**
        - Temps
        - Envie
        - Formation...

    - Maintenant, parlons de vos sources habituelles, quels sont les **problèmes rencontrés avec ces sources** ?

        - Fiabilité
        - Ergonomie
        - Accessibilité...

6. Quelles sont les solutions envisageables pour avoir accès aisément à une information de qualité ?

Annexe 4 : Portrait des médecins interrogés

M1 est un homme de 58 ans, il est installé en association, dans une ville de 45 000 habitants environ. Il est maître de stage et enseignant, il pratique régulièrement de la recherche bibliographique. Il est lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires ou réunions de FMC, il fait partie d'un groupe de pairs.

M2 est un homme de 62 ans, il est installé en association, dans une ville de 38 000 habitants environ. Il est maître de stage et enseignant, il pratique régulièrement de la recherche bibliographique. Il est lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires de FMC, il fait partie d'un groupe de pairs.

M3 est un homme de 59 ans, il est installé en association, dans une ville de 25 000 habitants environ. Il est maître de stage et enseignant, il pratique régulièrement de la recherche bibliographique. Il est lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires de FMC, il fait partie d'un groupe de pairs.

M4 est un homme de 69 ans, il est installé seul, dans une ville de 4000 habitants environ. Il est enseignant, il utilise surtout des sources papiers. Il est abonné au *Concours Médical*. Il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M5 est une femme de 56 ans, elle est installée en association, dans une ville de 14 000 habitants environ. Elle pratique régulièrement de la recherche documentaire et est férue de nouvelles technologies. Elle est abonnée à plusieurs revues dont *Prescrire*, elle participe à de multiples séminaires ou réunions de FMC.

M6 est un homme de 64 ans, il est installé en association, dans une ville de 45 000 habitants environ. Il pratique régulièrement de la recherche documentaire, il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M7 est un homme de 52 ans, il est installé seul, dans une ville de 2000 habitants environ. Il n'est pas très à l'aise avec l'outil informatique. Il ne fait pas de FMC.

M8 est un homme de 57 ans, il est installé seul, dans une ville de 25 000 habitants environ. Il ne fait pas souvent de recherche documentaire. Il ne fait pas de FMC.

M9 est un homme de 47 ans, il est installé en association, dans un village de 1800 habitants environ. Il ne fait pas beaucoup de recherches documentaires. Il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M10 est une femme de 36 ans, elle est installée en association, dans une ville de 45 000 habitants environ. Elle est maître de stage et enseignante, elle pratique régulièrement de la recherche bibliographique. Elle est lectrice de *Prescrire* et *Pratique*, elle participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M11 est une femme de 48 ans, elle est installée seule, dans une ville de 2000 habitants environ. Elle pratique de la recherche documentaire occasionnellement. Elle est lectrice de *Prescrire*, elle participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M12 est une femme de 65 ans, elle est installée en association, dans une ville de 45 000 habitants environ. Elle maîtrise mal l'outil informatique et présente des difficultés pour faire de la recherche documentaire. Elle est lectrice de *Prescrire* et du *Concours médical*, elle participe à des séminaires ou réunions de FMC, elle fait partie d'un groupe de pairs.

M13 est un homme de 34 ans, il est installé en association, dans une ville de 38 000 habitants environ. Il maîtrise l'outil informatique et fait régulièrement de la recherche documentaire. Il est lecteur de *Prescrire*, il fait partie d'un groupe de pairs.

M14 est une femme de 58 ans, elle est installée en association, dans une ville de 7000 habitants environ. Elle ne fait pratiquement pas de recherche documentaire et n'en voit pas l'intérêt. Elle est lectrice de *Prescrire*, elle participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M15 est un homme de 65 ans, il est installé seul, dans une ville de 6000 habitants environ. Il ne fait pas de recherche documentaire et ne se pose que très rarement des questions. Il ne fait pas de FMC.

M16 est un homme de 61 ans, il est installé en association, dans une ville de 7000 habitants environ. Il pratique la recherche documentaire. Il est abonné à des revues et lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M17 est un homme de 64 ans, il est installé en association, dans une ville de 45 000 habitants environ. Il est maître de stage et enseignant, il fait beaucoup moins de recherche bibliographique, car il délègue ce travail à son étudiant. Il est abonné à plusieurs revues et lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires ou réunions de FMC, il fait partie d'un groupe de pairs.

M18 est un homme de 48 ans, il est installé seul, dans une ville de 7000 habitants environ. Il pratique la recherche documentaire. Il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M19 est une femme de 49 ans, elle est installée seule, dans un village de 1600 habitants environ. Elle ne maîtrise pas l'outil informatique, elle recherche uniquement sur des sources papiers.

M20 est un homme de 58 ans, il est installé seul, dans un village de 1800 habitants environ. Il fait peu de recherche documentaire. Il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M21 est une femme de 40 ans, elle est installée en association, dans une ville de 7000 habitants environ. Elle pratique la recherche documentaire. Elle est abonnée à des revues dont *Prescrire*, elle participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M22 est un homme de 64 ans, il est installé en association, dans une ville de 14 000 habitants environ. Il fait de la recherche documentaire occasionnellement. Il est lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M23 est un homme de 58 ans, il est installé en association, dans une ville de 3000 habitants environ. Il est intéressé par la FMC et l'autoformation. Il est abonné à des revues et lecteur de *Prescrire*, il participe à des séminaires ou réunions de FMC.

M24 est un homme de 41 ans, il est installé en association, dans une ville de 25 000 habitants environ. Il fait occasionnellement de la recherche documentaire. Il est lecteur de *Prescrire*.

M25 est une femme de 39 ans, elle est installée seule, dans une ville de 6000 habitants environ. Elle est homéopathe et recherche surtout dans le cadre de son exercice professionnel. Elle maîtrise toutefois l'outil informatique et connaît des techniques de recherche documentaire. Elle participe à des séminaires d'homéopathie.

Annexe 5 : 3 exemples d'entretiens

Entretien M2

-En quelle année as-tu eu ta thèse ?
-1977
-Est-ce que ton cabinet est informatisé ?
-Oui
-As-tu accès à Internet au cabinet et à domicile ?
-Oui
-En ce qui concerne ta FMI, est-ce qu'on t'avait parlé d'EBM ?
-Non, ça n'existait pas.
-LCA non plus ?
-Non
-Est-ce que tu as eu un enseignement à la recherche documentaire ?
-Par la suite oui, j'ai fait des formations, des séminaires de lecture critique, de recherche, j'en ai même l'expertise après, je me suis formé, j'ai fait au moins 2-3 formations de 2 jours sur la LCA et la recherche biblio et je suis intervenu comme expert dans des séminaires de FMC et je fais des cours en FMI là-dessus, c'est un cours de 4h en module 1, c'est un cours de 4h, 2 fois 2h que j'ai fait 3 ou 4 fois.
-Ca fait partie de ton boulot d'enseignement ?
-Oui
-Participes-tu à des FMC ?
-J'ai fait que des FMC de 2 jours et maintenant moins, on va dire que pendant ces 5 dernières années j'ai dû en faire 4 ou 5 par an de 2 jours pendant 5 ans, cette année, là je vais en faire 2, parce que là je me range un peu des voitures
-Des séminaires MGForm ?
-En particulier mais pas que, mais essentiellement MGForm
-Tu fais partie d'un groupe de pairs ?
-Ca, c'est l'autre partie de la FMC, ce sont des séances de groupe de pairs, une soirée toutes les 6 semaines.
-Est-ce que tu maîtrises l'anglais ?
-Maîtriser non, je baragouine et j'ai beaucoup de mal à traduire, mais je m'efforce de lire des études, j'ai du mal quand même, je me débrouille difficilement, entre 0 et 5 je suis à 2 si 5 c'est parler couramment, je suis à 2 mais ça me suffit presque pour pouvoir accéder quasiment à la plupart des articles, si j'étais à 3, je serais bien, il y a pas forcément besoin de savoir bien parler anglais, je suis à 2 mais faudrait que je sois à 3.
-On va parler de la recherche documentaire, quand est-ce que tu fais de la recherche documentaire et combien de temps tu y passes par semaine en moyenne ?
-Ffff, ça c'est très variable, il faut dissocier pour la pratique et le reste, pour ma pratique de médecin, on va dire que j'y passe 30 minutes par semaine , pour la FMC, groupe de pairs et séminaires, ça dépend quand je prépare un séminaire en tant qu'expert, là je passe des heures et des heures en moyenne, je pourrais passer, en lissant, entre 30 minutes et 1 heure par semaine si je fais la moyenne et pour l'enseignement de la FMI, je fais plus car mes cours sont rodés, mais quand je les ai préparés, j'ai passé beaucoup de temps, maintenant que je suis un peu retiré des voitures, je fais beaucoup moins, entre 1h et 1h30 par semaine pour l'ensemble des activités on va dire, mais ça a été beaucoup plus.
-C'est en dehors des consultations ?
-Ah oui, c'est toujours en dehors, en consultation, c'est exceptionnel, parfois je fais un clic pour chercher, mais en général en consultation, je fais des clics, mais quand je fais des clics je vais sur Google, je fais pas des vraies recherches , sur Google je vais chercher un truc ponctuel que j'ai besoin pour me recadrer mais j'appelle pas ça des recherches, je vais à la pêche et je vais sur des sites y compris des sites grands publics, dans ces cas-là , je le fais quasiment pas évidemment, j'ai en favori sur Internet des sites répertoriés, Orphanet, tout le bordel sur la gynéco le CRAT, enfin tout ça, mais en fait je me rends compte qu'au final je les consulte assez peu, à titre exceptionnel seulement pendant les consultations, ça, c'est des sites de la consultation, c'est des sites que je pensais utiliser pendant la consultation et au final que j'utilise très peu.
-Pour ta recherche, quelles sont tes principales sources d'information ?
-En premier CISMeF, alors après j'utilise le truc de la SFMG, le euh, euh, qui reprend toutes les recommandations je l'ai sur mon bureau d'ordi, euh c'est la SFMG qui reprend toutes les recos, c'est plus accessible que d'aller bidouiller sur l'HAS qui est inutilisable, avant j'utilisais, euh, Lemanissier mais le truc du SFMG ça remplace, maintenant je vais plus sur Lemanissier car j'ai eu plusieurs échecs de recherche, euh, avec des trucs, je sais pas s'il y a des problèmes de mise à jour donc je travaille plutôt sur

le DReFC, ça, sinon j'ai la Cochrane librairie qui est publiée en français maintenant alors là, c'est différent je vais pas faire une recherche particulière parce que pour les publications il y a des thèmes mais pas de bibliothèque donc je lis et ce qui m'intéresse je le transfère dans un mémo , j'ai un mémo donc quand je fais par exemple, Cochrane librairie j'utilise pas en tant que tel mais quand je reçois des traductions en français je vais regarder tous les titres, j'ouvre ce qui m'intéresse et quand dans ce qui m'intéresse il y a des trucs que je veux conserver, je les réunis et les transfère dans mon mémo donc ça c'est un travail de fond de deuxième ligne , j'alimente un mémo que j'utilise par la suite.

-Donc ton mémo est finalement une grande source d'information pour toi ?

-Oui, je l'utilise quasiment quotidiennement, je n'utilise quasiment pas les sites spécialisés en favori en consultation car en consultation j'utilise le mémo qui est une rerédaction, si tu veux, avec mes termes à moi et mes centres d'intérêt à moi de ce que je vais chercher dans les différents sites, j'ai une étape intermédiaire entre les sites et la pratique c'est mon mémo, c'est une étape pas systématique mais extrêmement souvent utilisée , je rerédige dans un mémo et je vais piocher dans un mémo en situation, j'ai une mémoire vive et une mémoire morte, la mémoire vive, c'est mon mémo que j'alimente en amont avec mes recherches Internet, je vais très rarement faire de la recherche Internet sur CISMeF, etc. en consultation, je fais une pré digestion, c'est ma mémoire vive.

-Toutes les sources citées sont numériques, tu n'as plus de sources papiers ?

-Non, parce que *Prescrire* ,j'ai zappé *Prescrire* dans le truc, j'ai l'abonnement, j'ai la mise à jour, la formule Intégrale donc j'ai plus aucune lecture papier alors je lis *Prescrire* quand je le reçois quand même mais c'est de la lecture, je vais pas rechercher dedans, je passe par l'ordi, j'ai plus de lectures papier, avant c'est vrai il y avait des bouquins, je recherche plus jamais dans les bouquins sauf pour les ... mais ce n'est pas de la recherche, c'est de la lecture, c'est de la formation, c'est autre chose et dans les revues, euh, avant il y avait des publications de bibliographie de recherche en médecine générale qui étaient publiées tous les ans, ça s'appelait Bibliographie Commentée en médecine générale qui reprenait toutes les études faites en médecine générale et par thème, mais même ça, je l'ai plus, je travaille plus dessus parce que le temps que ça paraisse, que ça soit imprimé, il s'est passé un an et les études qui sont répertoriées là-dedans sont accessibles par Internet.

-Si on récapitule, il y aurait CISMeF, SFMG, Cochrane ?

-Et *Prescrire*.

-Sur CISMeF, tu fais une recherche comment ?

-Je tape les mots et ça sort et c'est exceptionnel que je sois obligé de reformuler la demande, avec l'habitude, tu sais ce que tu dois taper, avant c'était plus compliqué mais je fais que des recherches par vocabulaire direct sauf quand je fais des recherches vraiment pointues, mais pas pour ma pratique, quand je fais des recherches qui doivent être exhaustives dans l'enseignement, là je peux procéder différemment, dans la pratique je fais que des recherches directes.

-Même pour le SFTG ?

-Je tape parce que là, c'est que les recommandations

-Cochrane ?

-Cochrane, je l'utilise plutôt pour alimenter mon mémo, le Cochrane en français, il t'envoie par mail depuis 1 an pas plus, il t'envoie par mail une suite de tous les articles parus, donc, je lis quand j'ai ouvert les articles qui m'intéressent, je n'ai pas de biblio de référence.

-*Prescrire*, tu vas sur l'Intégrale, tu tapes le mot ?

-Oui

-Est-ce que ça t'arrive de ne pas trouver de réponse ?

-Ah oui, oui oui, c'est rarement infructueux quand tu te poses une question intellectuelle, comment prendre en charge telle pathologie, ça, tu trouves toujours mais, mais avoir une recherche argumentée avec des niveaux de preuve concernant une question concrète ponctuelle posée en consultation, là c'est fréquent d'être infructueux, d'avoir une réponse mais aucune indication sur les niveaux de preuve, ça c'est extrêmement fréquent.

-Pour toi qu'est-ce qu'une information fiable ?

-Info fiable, déjà, la première chose, c'est une info non biaisée, avant que le niveau de preuve soit élevé, il faut qu'elle soit non biaisée, il faut qu'elle soit indépendante, c'est ça la première caractéristique et rien que quand tu dis ça, déjà tu élimines 90-95 % de tes résultats, si tu devais éliminer y compris l'info de l'HAS, on peut pas dire qu'elle soit d'une indépendance absolue et démontrée, donc la première qualité c'est qu'elle soit indépendante, après il faut qu'elle ait un niveau de preuve le plus élevé possible, mais c'est vraiment très second parce qu'à la limite, je porte largement autant intérêt à une info avec un faible niveau de preuve indépendante qu'une info à haut niveau de preuve biaisée par les conflits d'intérêts de labos, pour moi non seulement j'en suis persuadé mais je pourrais argumenter quoi et illustrer historiquement et comparer le vrai biais de l'info médicale c'est le manque de dépendance, ça j'en suis persuadé, j'ai des certitudes là-dessus.

-Est-ce que tu vérifies tes niveaux de preuve quand tu as accès à des infos sur les sites que tu m'as cités précédemment ?

-Après l'indépendance, tu l'attribues à la source plus qu'à l'étude enfin, ça dépend, quand c'est de la littérature tertiaire comme *Prescrire* évidemment je vais pas lire les études , par exemple *Prescrire* c'est assez contradictoire, *Prescrire*, ils ont une méthodologie, c'est une revue systématique de la littérature donc toutes les études qu'ils utilisent pour faire un article sont indexées, je vais évidemment pas les ouvrir et les lire, parce qu'à 99 %, elles sont en anglais et en plus je vais pas perdre mon temps, je considère que *Prescrire* est là pour faire ce travail donc je vais pas les lire donc je me fie à *Prescrire*, je leur fais confiance , bizarrement *Prescrire*, il y a pas de déclaration d'intérêt donc la déclaration publique des liens d'intérêt même si c'est une obligation légale pour *Prescrire*, pour des raisons diverses sans doute, il y a pas ça donc *Prescrire* je leur fais un crédit de confiance sur la base qu'ils ont un financement autonome, qui sont pas dépendants de l'industrie pharmaceutique , ceci dit il y a des choses qui me troublent dans *Prescrire*, il y a des positions de *Prescrire*, par exemple, sur la mammo, sur la vaccination, qui ne me paraissent pas conformes aux info que j'ai par ailleurs et, d'une manière régulière, toujours *Prescrire* a été pro vaccination, toujours *Prescrire* a été plutôt mou sur sa dénonciation du sur diagnostic du cancer du sein, dans certains domaines, je nuance, c'est pas une confiance aveugle à *Prescrire* mais j'ai pas les moyens de déterminer pourquoi la ligne éditoriale de *Prescrire* est molle sur un certain nombre de données.

-Tu te poses des questions sur des conflits ?

-Des conflits ou des a priori idéologiques hein, enfin idéologiques au sens large du terme, je ne fais pas de procès d'intention à *Prescrire*, simplement je constate qu'ils ont une ligne éditoriale qui parait pas suffisamment étayée scientifiquement pour justifier une ligne molle, c'est complexe.

-Pour la SFTG ?

-Après ça c'est des recos, ils font que qualifier les recos , dans les recos, il y a eu tous les conflits les difficultés, voilà y compris évidemment, les recos de l'HAS je les prend avec précaution , ça a été tellement mis sous les projecteurs, ils ont été obligés de retirer des recommandations sur le diabète, sur l'Alzheimer, c'est pas rien , il semble y avoir des volontés d'épurer tout ça, de rendre ça un peu plus propre mais je suis pas du tout persuadé que la dernière reco sur le diabète qui me convient pas du tout, voilà mais bon, il y a eu du progrès dans le sens de la transparence sinon c'est le niveau de preuve, mais les niveaux de preuve apparaissent en tant que tel, que sur les recos, alors après il y a des recos canadiennes, je vais aussi chercher là-dessus, mais c'est plus dans le cadre de la recherche sur le groupe de pairs que je vais chercher ailleurs sinon on a que les recos et *Prescrire* donc pour alimenter les débats éventuels et on va chercher mais on trouve par CISMeF mais CISMeF c'est surtout belge, les sources sont surtout européennes, ils vont pas chercher, il faut souvent pour avoir les recos canadiennes aller taper spécifiquement sur les sources d'université du Québec, etc. c'est difficile je sais pas pourquoi mais c'est alimenté par les articles des revues belges et suisses européennes.

-Est-ce que tu penses que les sites gouvernementaux sont garants d'une info fiable, tu penses qu'il y a des conflits intérêt ?

-Oui bien sûr, c'est une évidence que le fait que ça soit gouvernemental, ça suffit pas à signer l'indépendance, ça se saurait si le gouvernement était indépendant, non, non toutes les agences gouvernementales sont évidemment l'objet , ne pas imaginer ça, c'est vraiment, c'est chez les bisounours, si j'étais moi industriel, la première cible que je prendrais pour exercer une influence souterraine et pour faire du lobbying, ça serait évidemment les agences gouvernementales donc les agences ont des atouts, le fait qu'elle soit a priori, en tout cas, indépendantes, qu'elles dépendent pas d'un financement, il y a des atouts, mais il y a beaucoup de fuites, on sait bien, il suffit de lire tous les jours, l'affaire Médiator pour s'en convaincre, il y en a eu d'autres et il y en aura d'autres, je fais beaucoup moins confiance aux agences gouvernementales que [redacted], mais [redacted], lui, je m'accroche souvent avec lui, non on discute, on n'est pas d'accord , lui, [redacted], il considère que dans une démarche pédagogique pour les étudiants, il faut, puisqu'ils sortent d'un enseignement où ils sont un peu l'objet d'une démarche qui consiste à « ha moi, je fais ça, ça marche donc tu dois faire ça » une sorte d'influence comme ça où les patrons des CHU prônent le saint exemple en disant « moi je sais, fais ce que je fais donc tu feras bien » c'est quand même un niveau de preuve assez bas donc [redacted] dit : il faut opposer à ça une démarche volontariste d'opposer la démarche scientifique des recos, ce que disent les experts et les profs et machin, il faut pas en rester là, il faut opposer les recos et c'est une première étape et une fois que les étudiants, parce qu'il est dans cette démarche pédagogique essentiellement, une fois que les étudiants auront appris à remplacer l'image de l'expert hospitalier par les recos, ils se donneront les moyens de critiquer à la marge des recos si c'est nécessaire, ils auront fait l'essentiel, moi je suis pas persuadé de ça, je pense que remplacer un mensonge par un mensonge c'est se mentir et faire croire aux étudiants

que les recos c'est l'étoile polaire, c'est une connerie parce qu'on ajoute une désillusion à une désillusion, les étudiants pendant 7 ans s'ils ont appris à suivre leur patron et que pendant 3 ans on leur apprend à suivre les recos et qu'il faut 10 ans pour qu'ils comprennent que les recos, faut pas manger ça comme du pain blanc, la LCA c'est la LCA ça s'adresse à tout, à *Prescrire*, aux recos, à ce que disent les profs, les collègues, les patients, la presse, faut l'appliquer à tout d'emblée , faut apprendre aux étudiants à se méfier aussi des recos , faut pas renvoyer tout, dos à dos évidemment, qu'une reco de grade A sera assez mieux qu'un avis d'expert hospitalier, on est d'accord, mais en rester là et leur donner comme étoile polaire de la science avec un grand S les recos, à mon avis, c'est une connerie.

-Qu'est-ce que tu penses de l'info délivrée par les labos pharmaceutiques ?

-Oh ben ça, ça fait pas si longtemps que ça que je les reçois plus, depuis 10 ans à peu près , je milite pour expliquer à qui veut bien l'entendre que c'est forcément des info biaisées mais faut même pas appeler ça des infos , le grand argument c'est de dire « mais je garde mon esprit critique et les visiteurs disent ce qu'ils veulent et moi je prend et j'en laisse » euh, la démonstration a été faite largement sur le fait qu'ils en prenaient, ils en laissaient peut-être mais ils en prenaient beaucoup aussi et que les gens qui reçoivent des labos ou lisent *Le Quotidien du médecin* ou vont sur les sites des labos sont influencés d'une manière tangible, mesurable, mesurée, il y a eu des études, des thèses faites dessus qui montrent qu'on est influencé extrêmement rapidement et c'est pas de la corruption , le débat c'est que les gens croient qu'en disant ça, on les accuse d'être des pourris, c'est pas des pourris, ils sont naïfs c'est pas la même chose , même un stylo bille de 3 francs 6 sous si c'est sur ton bureau, si je t'offre un stylo, ça me coûte rien mais le fait que je te le donne c'est un réflexe, tu vas être redevable, c'est comme ça, on est fabriqué comme ça, les êtres humains sont fabriqués comme ça, dans l'échange social , même si je t'offre que le capuchon ça te sert à rien , tu le sais, je te le dis, si je te le donne, tu vas me devoir quelque chose, ton inconscient, machin, mais c'est comme ça, on est fabriqué comme ça, ça pourra peut-être changer un jour donc c'est pas de la corruption au sens propre du terme, même si les visiteurs, et même les visiteurs ils sont dans l'honnêteté la plupart, ils croient à ce qu'ils disent la plupart, ils sont pas dans la tromperie c'est à n+1 et n+2, au niveau de la hiérarchie des labos qu'il y a un machiavélisme organisé sur le marketing, les visiteurs sont dans l'honnêteté, ils sont sûrs que leur médicament est meilleur, c'est une tromperie, le médecin est sûr de pas être influencé, le visiteur est sûr que son produit est bon, toutes les conditions sont réunies pour que ça marche , c'est terrible.

-Si on parle des difficultés que tu rencontres quand tu fais une recherche documentaire, quels seraient tes manques ? Du temps ? De la formation ?

-Je pense qu'il y a tous les ingrédients, le temps, évidemment, après le temps, on en manque quand on pense qu'on le perd, si tu es obligé de faire des recherches et que tu n'es pas convaincu, tu vas manquer de temps, mais moi ça fait partie intégrante de mon métier, de l'intérêt que j'y trouve.

-Et par rapport aux sources d'info, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer ?

-Ben pffff

-Le mode de recherche ?

-Le mode de recherche non, parce que depuis les progrès qui ont été faits sur CISMeF, quand on a CISMeF et *Prescrire*, quand même on ratisse large, on voit pas tout mais bon , dans une première démarche, si tu mets CISMeF et *Prescrire* t'assures quand même , non le seul truc qu'on peut dire c'est l'obstacle de la langue évidemment , il devrait y avoir des sites, en partie, CISMeF devrait publier en clair et accessible par un seul clic les déclarations de liens d'intérêt des auteurs des articles qu'ils publient et de dire qu'il y a pas eu de DPMI, voilà, un site de CISMeF Université de Rouen, il y a une loi française, ils ont en France, il y a une loi qui oblige à publier des déclarations d'intérêts, on ne peut pas leur faire le reproche que les gens qui font les études ne notent pas leurs liens d'intérêt, on peut faire le reproche de ne pas dire qu'ils ne les publient pas, quand tu tapes sur CISMeF, t'as un chapeau qui te donne l'identité des auteurs et le thème de l'article avant même de l'ouvrir, dans ce chapeau, il devrait y avoir déclaration d'intérêt oui non, tu cliques dessus si c'est oui et tu les as, mais tu es informé en première main qui a ou pas de lien d'intérêt déjà, donc pour moi les obstacles c'est personnel une maîtrise de la langue un peu meilleure pour me permettre d'accéder à ça , le fait que les liens d'intérêts ne soient pas publiés et puis l'obstacle, mais ça c'est de la politique de santé, c'est qu'il y ait un accès aux études qui sont pas publiées, les études publiées c'est une part très minoritaire des études réalisées qui sont en général favorables aux médicaments ou aux processus diagnostic qui est l'objet même de l'étude et que celles qui sont contradictoires sont pas publiées ,le progrès ça serait qu'il y ait une loi qui oblige, qui permette d'avoir accès aux études non publiées parce que faut quand même pas oublier , tu vois ça aussi on revient sur l'appréciation de l'HAS , l'HAS, ils ont travaillé sur des études qui sont publiées et ils disposent pas d'études auxquelles tu n'as pas accès

toi, donc l'HAS se fait une décision qu'elle peut éventuellement identifier comme de niveau A au regard de ce qu'on leur fournit à manger, ça fait peur quand même.
-Que penses-tu de l'ergonomie du site de l'HAS ?
-C'est un scandale mais je peux pas penser que ça soit pas un scandale organisé, je peux pas imaginer que ce soit pas volontaire, je comprend pas pourquoi avec les moyens qu'ils ont… le moindre mec , attend moi j'ai travaillé sur un blog pendant 3-4 ans qui s'appelle Voix Médicale qui est un blog qui aborde aussi ces questions-là , on a été 3 à faire ça , je m'en suis retiré il y a 1 an, 1 an et demi, mais l'ergonomie du blog de merde qu'on a fait et déjà bien meilleur que l'HAS, alors, je ne peux pas imaginer qu'avec les moyens d'aujourd'hui, ils ne sont pas capables, c'est un scandale.
-C'est difficile de trouver une info ?
-C'est impossible, dire aux gens « allez regarder sur l'HAS » c'est impossible, c'est pour ça que la seule possibilité pour les étudiants ou les médecins c'est d'aller dans les sites intermédiaires comme Lemanissier, comme la DReFC pour aller chercher.
-Ce n'est pas un site que tu utilises fréquemment ?
-Non j'y vais 1 fois tous les ... non non ça m'arrive d'aller sur l'HAS mais c'est exceptionnellissime je tape le site HAS pour faire des recherches.
-Pour les sites et polycopiés des sociétés savantes, tu as cité la SFTG, tu en utilises d'autres ?
-Non, sauf pas directement, parfois Lemanissier ou CISMeF me renvoient sur des publications des sociétés savantes auquel cas je les regarde mais bon, là aussi, on a vu ce que ça a donné pour les PSA dans le dépistage du cancer de la prostate par la société d'uro, on a vu ce que ça donne pour la société de cardio pour tout un tas d'autres domaines, en particulier les anti coagulants, sur la TA, quand je fais une recherche CISMeF ou autres et que je tombe dessus, mais je le mets pas en favori.
-Pour les journaux d'info, tu en penses quoi ?
-Je ne les ouvre pas.
-Il y a des conflits d'intérêts ?
-Il y a à la fois des conflits d'intérêts et un désintérêt majeur, je regardais jusqu'à récemment, je ne sais pas si c'est dans *Le Généraliste* ou *Le Panorama*, où il y a une rubrique sur les recherches Internet dans les dernières pages tenue par un mec qui donne des tuyaux sur les recherches Internet, je regardais ça.
-C'est plutôt dans *La Revue du praticien*.
-Ah oui peut-être, *La Revue du praticien*, mais sinon *Le Quotidien du médecin*, que je reçois de temps en temps, mais beaucoup moins, je reçois un numéro par mois maintenant, alors qu'avant c'était tous les jours, j'en reçois beaucoup moins, je n'enlève même pas la pellicule plastifiée.
-Les journaux de formation, tu es abonné à d'autres revues que *Prescrire* ?
-Non
-Les banques de données bibliographiques comme PubMed, par rapport à l'anglais, tu n'utilises pas ?
-Non pour cette raison, parce que ça me demanderait trop de temps, trop d'effort de traduire.
-Cochrane ? Minerva ?
-Alors Minerva oui je ne pratique pas beaucoup mais je sais oui, il y a ça et puis il y a d'autres trucs.

-Pour toi quelle serait la solution pour qu'un médecin généraliste ait accès à une info fiable facilement ?
(il réfléchit) je ne sais pas, ce qui serait pas mal, c'est d'abord d'avoir accès facilement à l'ensemble des recos, mais ça, on les a déjà, c'est déjà le cas on va dire, même si parfois tu tombes dans des culs-de-sac mais les recos ça traite toujours les choses d'une manière verticale théorique, on se pose une question et on essaie de la décliner sur la pratique , la médecine c'est aussi résoudre des cas très particuliers qui vont pas rentrer dans une sorte de cadre, dans un arbre décisionnel et pour les cas très particuliers, mais qui peuvent être évidemment extrapolés à un autre cas particulier, il y a du savoir là-dedans dans le cas particulier et c'est ce qu' 'on essaie de faire dans notre groupe de pairs , il t'en a parlé un peu Alain de ce qu'on fait ?
-J'y étais allée une fois.
-On rédige des cas cliniques nous, j'essaie de faire avec le blog Voix Médicale , nous, on rédige des cas avec une question posée selon un protocole, les recherches, l'indication du niveau de preuve et la synthèse, sur un cas clinique, on appelait ça des « rêves » , en fait, ces rêves, on a commencé à les mutualiser sur le site Voix Médicale, on a fait d'autres tentatives avant pour les publier et on n'y arrivait pas, donc j'avais fait un site pour autre chose et dans ce site j'ai créé une rubrique rêve pour colliger , il y en a une dizaine ou douzaine publiés sur ce site et puis après on s'est rendu compte que ces rêves, en fait, c'est quasiment la même chose qu'un script , c'était très proche, ce qui serait intéressant c'est de publier les scripts des étudiants sur un site et de faire la jonction entre les scripts et les rêves, c'est-à-dire que les étudiants font des scripts pendant 3 ans puis ils vont s'installer, pour les inciter à continuer à travailler sous la même forme , passer de la pratique spécifique à la théorie en argumentant et critiquant à la fois ce qu'ils font dans la pratique et les éléments théoriques qu'ils utilisent en exerçant son esprit critique sur les 2 pôles et donc l'idée c'est d'inciter les étudiants à, une fois rentrés dans la vie active, à continuer à faire en groupe de pairs, à travailler un peu sur le même registre pour faire la jonction entre

les 2 , ça c'est intéressant et le mec qui m'a succédé c'est Jean-Baptiste Harriague , ce mec est en train d'essayer de faire ça, moi j'ai arrêté parce que j'avais plus le temps mais donc il est en train de regrouper, de convaincre la fac de Bordeaux de regrouper les scripts pour les publier et les mutualiser et l'idée c'est qu'après il y ait d'autres facs qui permettent de faire converger tous les scripts et tous les rêves sous une forme standardisée, si à un moment donné, on a 1000 rêves ou scripts, l'idée ça serait sans doute de créer à ce moment-là un site particulier qui aurait comme seule fonction de mutualiser ça et de le rendre accessible, t'as des nuages de mots clefs, tu peux taper, quand tu te poses une question en situation de pratique le médecin généraliste aurait 2 sources, soit d'aller regarder la vision descendante de la reco qui dit dans ces conditions faut faire ça et d'aller taper sur les infos ascendantes, j'ai un problème ce problème ressemble à un problème que s'est posé Tartempion à Lille ou Roubaix Tourcoing sur le même truc, il a fait des recherches et moi ici à Anglet, je vais bénéficier, pouvoir chercher , si je fais cardio, HTA, insuffisance rénale et puis je sais pas quoi, un truc particulier, et bien je vais rechercher s'il y a déjà eu quelque chose là-dessus et s'il y a une réponse et cette réponse-là, elle va intégrer ça avec une lecture critique, j'aurais à ce moment-là les niveaux de preuve, j'aurais s'il y a des déclarations d'intérêt, j'aurais la confrontation avec des données canadiennes, belges pas que les trucs de l'HAS, je serais dans l'EBM c'est l'état actuel de la science et puis, soit ça répond à ma question, soit ça répond pas et ça m'incite à faire les recherches et à en faire un sur le créneau particulier, ça c'est difficile, en particulier sur les scripts, donc difficile à gérer quand on regarde d'une manière rétrospective le travail qu'on fait, c'est extrêmement vivant les connaissances médicales, c'est incroyable, la durée de vie d'un script c'est entre 3 et 5 ans , après 5 ans, tu peux plus te baser sur ce qu'il y a écrit , à partir de 3 ans, faut se poser des questions, après 5 ans il faut revoir à l'aune des publications qui ont été faites , il faut le faire vivre, la grosse difficultés du fonctionnement du site, Ce n'est pas seulement de colliger le travail du groupe de pairs, c'est de les actualiser et sous la responsabilité de qui ? Parce que le mec qui l'a publié une fois, tu ne peux pas lui donner la responsabilité de l'actualiser, peut-être ça l'intéresse plus le problème et puis peu importe faut que ça soit des apports anonymes, il faut trouver pour que ce système-là soit pérenne une méthode d'actualisation qui demande un travail considérable, ce travail aussi doit être mutualisé, réparti , tu peux pas demander à 5 mecs ou 10 mecs de faire la réactualisation, premièrement c'est leur donner un pouvoir , la véracité c'est la multiplication des sources, quelqu'un tout seul peut pas, indépendamment du temps de travail , c'est du temps de travail que ça demande, le deuxième obstacle c'est le regard différent, qu'est-ce qui fait que les scripts ça a beaucoup plus de valeurs qu'une reco ? Parce que c'est des regards différents qui convergent vers un même objet, c'est la multiplicité des regards qui fait la valeur intrinsèque c'est l'info 2.0 mais pour que l'info 2.0 soit valide, il faut qu'elle vive, on peut pas faire des conserves avec ça, c'est la vie et le mouvement qui donnent la base de la vérité dans les scripts, si tu les mets en conserve ça meurt, donc c'est très difficile de faire quelque chose de fiable, documenté et quelque chose de vivant parce qu'on est le cul entre 2 chaises avec ce système-là entre le simple forum , les forums médicaux ça existe , il y a Dupagne qui anime un forum médecins où les médecins posent des questions, mais alors, évidemment, un forum c'est un forum même si c'est un forum médecin- médecins, il va nous dire « moi je fais ça et ça marche » , ces connaissances expérimentales, faut pas les écarter en disant que ça compte pour du beurre, c'est du niveau 0 de la connaissance, c'est des conneries ça, c'est ce que je reproche à Alain , lui, les avis d'expert ça compte pour 0, non, l'avis d'un médecin, ça compte pas pour 0 et même d'un patient et c'est l'accumulation de tout ces avis-là sur une structure vivante qui permet, comme Google, d'accueillir et de différencier avec un critère comme le nombre de connexions, plus tu vas dans Google plus ça va faire monter le truc et plus, sur la question posée, plus ça va finir ta connexion si tu trouves les réponses à ce site-là, ça va le faire monter aussi, si après avoir consulté le site-là, je vais consulter un autre, ça dévalorise ce site-là parce que ça veut dire que j'a pas trouvé ma réponse là donc si non seulement ce site-là est le premier parce que c'est le plus connecté et qu'en plus quand j'ai la réponse je m'en tiens là, c'est valide ça, c'est une preuve, c'est un niveau de preuve ça, même si c'est des picas ordinaires, ça fait partie de la connaissance ça , il y a pas d'experts qui sont propres à dire cette parole-là ou cette expérience elle compte pour du beurre, ça compte pas pour du beurre , quand t'as un patient qui te dit « j'ai fait ça, j'ai vu le magnétiseur et ça m'a soigné » il faut entendre ça , s'il est soigné, soulagé parce qu'il a été voir le magnétiseur, ça donne pas de la valeur à la démarche du magnétiseur, ça donne de la valeur au fait que le mec en face de toi t'as été incapable de le soigner et il va mieux depuis qu'il a été chez le magnétiseur, c'est une info vachement importante, on est pas là pour donner la leçon aux gens, on est là pour les soulager donc il faut s'enrichir de ça , ça préjuge pas des conclusions qu'on en tire , il s 'agit pas de dire que le magnétiseur c'est bien,

peut-être la conclusion sera de dire que quand il y a des propositions alternatives aux solutions médicamenteuses par exemple , la démarche soignante du patient est suffisamment forte pour le guérir parce qu'il a envie de guérir , ça veut dire que tu comprends que le patient te dit « j'ai mal et en plus je veux pas être soigné comme vous le proposez » il faut entendre les 2 si tu veux faire du bien aux gens , faut s'enrichir de tout ça , ça veut dire que la parole, on ne peut pas hiérarchiser les paroles et la seule parole qu'est valide est celle qui donne des réponses et des bonnes réponses c'est pour ça que Google faut pas cracher dessus , tout le monde dit n'importe quoi , moi de plus en plus quand les patients viennent me voir « j'ai été sur un forum et j'ai été con, j'aurais pas dû » et « pourquoi vous aurez pas dû ? C'est intéressant, on peut discuter à partir de ce que vous avez vu sur le forum, vous partez pas de zéro, vous avez des idées, vous l'avez déjà confronté donc vous avez déjà vous-même exercer votre esprit critique » , faut considérer ces infos, on a du mal nous parce qu'on a été formaté dans une conception du savoir qui est une conception étriquée du savoir donc il faut permettre à cette parole, ce mélange 2.0 et c'est ça qu'on arrive pas à mettre en boîte et j'ai pas trouver de solutions , les rêves c'est de la conserve, on les met sur un site qui est une conserverie et il faut rendre ça vivant, si tu me donnes une baguette magique, c'est ce que tu me proposais et bien l'idée c'est de 1 de permettre d'avoir un site des recos sur le travail scientifique de fond et qui soit accessible sur un site ergonomique etc. et 2 que ces recos s'alimentent des études non publiées et 3 qu'on trouve un joint pour que cette info ascendante de médecins et de patients qui puisse rendre ça accessible et classable dans un site sous forme de rêves ou script mais avec l'idée que ça doit être inséminé, fécondé et ça doit être quelque chose qui vit et pour l'instant, j'ai pas de solution mais l'idéal, ça serait d'avoir une info descendante théorique que le médecin puisse jouer sur une info descendante théorique et sur une info expérientielle ascendante.

Entretien M5

-En quelle année as-tu eu ta thèse ?
-1983
-Est-ce que ton cabinet est informatisé ?
-Oui
-Est-ce que tu as accès à Internet au cabinet et au domicile ?
-Non
-Lors de ta FMI, on t'a parlé d'EBM ?
-À l'époque ça n'existait pas
-De LCA
-Non, mais après moi j'ai fait beaucoup de pharmaco donc j'y suis allée
-Est-ce que tu participes à des FMC ?
-Oui, le groupe de pairs, on a arrêté, je vais à une journée de médecine générale à la fac à Toulouse par an, je vais à deux journées de pharmaco par an avec la fac de Toulouse, une journée de toxico en général à Toulouse aussi parce que je fais en fonction de mes dadas, le congrès de pédiatrie à Paris tous les ans, après je fais en fonction de ce qu'il y a autour.
-MGForm ? Ce type de séminaires ?
-De temps en temps, rarement, le fait qu'on me dise et qu'on me paye pour une formation je trouve ça un peu... J'ai toujours payé mes formations et été où je voulais et je n'aime pas que l'on essaie de me coincer, mais j'y vais depuis 1985 que je suis installée, j'ai fait un diplôme de médecine légale, je vais à des formations de médecine légale 1 fois par an, à force je sais plus, de temps en temps je vais au truc de médecine du sport, je fais grosso modo au moins 10 jours de formation par an.
-Est-ce que tu as eu un enseignement à la recherche documentaire ?
-Non j'en ai un dans le truc de pharmaco avec *Prescrire*, les trucs de la revue *Prescrire*, la revue *Prescrire* je suis abonnée depuis le numéro 1 ! La revue de *prescrire* ce sont des trucs de pharmaco ou ils font des LCA.
-Tu participes aux lecteurs émérites de *Prescrire* ?
-Non ça je ne fais pas, non je fais des formations, ils font des séminaires pour des formations.
-Est- ce que tu maîtrises l'anglais ? Est-ce que tu lis des articles en anglais ?
-Oui

-Pour la recherche doc combien de temps tu y passes par semaine en moyenne ?
-Ce que je lis ou ce que je recherche ?
-C'est plutôt quand tu te poses une question.
-Je vais sur l'ordi, je vais sur l'EMC, en fonction j'ai 2 ou 4 trucs où je vais, je suis abonnée à l'EMC, j'ai *La Revue du praticien*, je suis abonnée à *JIM*
-Tu utilises l'EMC en premier ?
-En premier, je vais sur l'EMC sur l'ordi, après maintenant, on peut faire Google PDF pour avoir des infos donc je fais comme les autres Google PDF, c'est la loi des fainéants et je regarde qui sait qui l'écrit quand même et après en fonction de ce que je recherche, si c'est des médicaments , tu vois ce matin,

j'ai un gars qui a fait un AVC qui était sous Plavix ils me l'ont mis sous Kardégic et je vois pas l'intérêt de changer le Plavix pour le Kardégic sauf que lui il risque de saigner davantage donc j'ai été regarder sur *La Revue du praticien* ,sur le *JIM*, donc avant de partir j'ai fait ça , pour ne pas répondre d'ailleurs , j'ai relu les sténoses carotidiennes.

-Combien de temps alors par semaine ?

-Par jour c'est un peu court je pense, par semaine j'y passe bien 1 heure ou 2, je vais regarder le soir quand je rentre s'il y a une question comme ça.

-Et plutôt en dehors ou pendant les consultations ?

-Ca dépend s'il y a un truc qui me pose des problèmes pendant la consultation je regarde, ça m'a permis de faire le diagnostic de mastocytose généralisée mais j'avais regardé un peu en dehors et si ça me coince pendant la consultation, je fais Google PDF, ça va très vite sinon EMC je vais à la question d'internat. Je fais question d'internat si j'ai quelque chose à me rappeler, j'ai eu une syphilis secondaire il y a pas longtemps donc pour me rappeler j'ai fait Google patati patata puis j'appelle un patron à la fac pour voir si ce que je pense c'est bon.

-Question d'internat ? C'est quoi sur des polycopiés ?

-Soit je vais sur le site soit sur l'EMC soit des questions d'internat.

-Sur l'EMC, tu tapes le mot et tu arrives sur des documents ?

-Oui je regarde le cours et je regarde en fonction le traitement, la dernière fois j'avais été regarder les critères et le traitement et comme je n'étais pas sûre pour le traitement, j'ai appelé la fac un patron, j'appelle très facilement, correspondance par mail

-Si on devait en garder 3, EMC, Revue du praticien et en 3ème ?

-Le Journal international Médical, je suis abonnée aussi

-*La Revue du praticien* c'est sur l'ordi ?

-J'ai les 2, pour la recherche, je vais sur l'ordi. JIM c'est pareil. Sur l'ordi, maintenant on a tout, on a les bouquins référencés sur l'ordi, j'ai un bouquin de diabèto que tu peux consulter comme tu veux, moi je me suis fait des notes je scanne des bouquins et je sais où c'est donc je vais dans mon livre à telle page car comme je l'ai lu je me souviens la page, je sais où est l'info.

-Est-ce qu'il t'arrive d'avoir des recherches infructueuses ?

-Je crois que j'ai tellement de documents, car chez moi j'ai une bibliothèque, j'ai tout l'EMC, j'ai la manie d'acheter des bouquins de médecine et quand ils sont anciens et quand ils datent un peu je les jette et j'achète la nouvelle version, j'ai le dernier Pilly par exemple qui fait qu'en règle générale j'ai le plus souvent l'info.

-Pour toi c'est quoi une info fiable ?

-Qui n'est pas... J'essaie d'avoir des trucs qui sont pas sous influence des labos déjà avec des gens dont je connais la presse et qui sont pas des vendus sans conflits d'intérêts, donc c'est difficile car il y en a partout et qui se recoupe avec plusieurs auteurs sans qu'ils reprennent l'article les uns les autres, des fois tu lis un article, t'as tout lu, l'autre il ajoute 2 mots et met l'article à son nom.

-Tu as entendu la notion de niveaux de preuve et grades de recommandations ?

-Qui me gonfle au max parce qu'elles sont fausses, souvent ils te racontent n'importe quoi donc ils changent en fonction, la preuve c'est quand il y a eu des conflits d'intérêts, elles ont été retirées, donc ma plus grande truc de preuve c'est les trucs de pharmaco et de Montastruc, je vais régulièrement aux formations de Montastruc et je vais régulièrement à la fac avec des patrons qui te disent, tu sors de la salle et tu as tout ce que tu veux entendre , tu sors tu te dis: ça y est j'ai tout bien compris ,et tu vas voir le suivant et qui te dit totalement l'inverse, mais la médecine n'est pas une science exacte donc il faut la faire au mieux, c'est que ça colle à sa personnalité et au patient qu'on a en face je crois que c'est ça la meilleure preuve qu'on peut avoir et le niveau de preuve m'agace un peu parce que ce n'est pas une science exacte chaque personne est différente on prend pas en compte la chronobiologie des gens, de leur environnement, on est en train de mettre tout le monde dans un cadre donc après si t'as pas le nez qui te parle tu le sens un peu comme ça, t'as pas la preuve mais quand tu dis que tu sens qu'il est pas bien, ben finalement tu as pas tort maintenant on a que le niveau de preuve c'est très énervant , moi je supporte plus ça me donne envie de leur régler tout , ca m'énerve de travailler comme ça.

-L'HAS est garante d'une info fiable pour toi ?

-Non

-Tu as vu leur nouveau site ?

-Oui

-Tu en penses quoi ?

-Pffff l'histoire des vaccins et compagnie nous ont prouvé qu'ils racontent que des conneries, je vais aller voir parce qu'on va nous emmerder avec la sécu pour les remboursements car ils prennent ces critères-là mais ça sera pas, euh, je vais être très embêtée dans mon exercice.

-Tu penses que l'EMC c'est fiable ?

-Oui, avec *La Revue du praticien* et *Prescrire* en regroupant tout ça. *Prescrire*, c'est un peu les ayatollahs, de temps en temps ils vont un peu trop dans un sens, *La Revue du praticien* j'aime bien aussi, Le Concours médical aussi et La Revue de pédiatrie

c'est pratique aussi quand je vais au congrès de pédiatrie t'as celle-là , c'est pareil tu sens bien de temps en temps que les mecs sont attachés à des médicaments, ils ont le truc masqué derrière, enfin la clinique reste la clinique , le diagnostic les examens complémentaires et les traitements, après quand c'est compliqué on y a pas accès nous , après moi j'ai refusé de marquer le Multaq, j'ai refusé de marquer le Kredex chez des asthmatiques sans qu'ils soient hospitalisés, j'ai refusé de marquer le Médiator , j'en ai marqué un peu parce que je me suis faite avoir comme tout le monde mais j'en ai marqué 3 boites, j'ai pas insisté et quand les gens en prenaient, les gens allaient voir un diabèto qui leur marquait et, un jour, j'ai dit que je renouvellerais pas cette ordo , donc maintenant quand il y a des médicaments qui me plaisent pas je renouvelle pas, on est responsable , la preuve est faite que quand tu dis à un spécialiste que tu ne prends pas la responsabilité de mettre ce médicament à ce patient-là, peut-être que faut changer les patients de médecins de temps en temps, et quand les gens reviennent curieusement ils leur mettent pas , bizarre, ils me traitent comme une emmerdeuse mais moi bon j'assume.

-Que penses-tu de l'info délivrée par les labos ?

-Je reçois très peu de labos, je les reçois quand même car tout le monde doit manger, les visiteurs ils y sont pour rien dans la politique de ce qui est fait et après ça nous permet de savoir qu'il y a des choses qui sont sorties et d'en avoir un peu l'info, de voir ne serait-ce que la couleur de la boite ou du comprimé, je regrette qu'on ait plus de médicaments quand même car on voyait comment ils étaient , c'est pareil il y a des trucs qui sont assez fiables dans ce qu'ils disent, faut pas exagérer mais faut savoir le critiquer, mais faut surtout pas leur commenter, si tu commentes un article à un visiteur t'es mort, c'est des vendeurs ils sauraient te vendre des chaussures usées donc on leur a appris à démontrer donc t'arrives pas à les convaincre donc faut le prendre, le lire et après on en pense ce qu'on veut , faire béni oui oui, en pratique elle va à la poubelle.

-Les brochures, tu les gardes ?

-J'en conserve quand j'ai un médicament dont je ne connais pas trop le nom pour le retenir s'il n'est pas trop mal pour rendre service

-Que penses-tu de l'info des experts spécialistes ?

-Ça dépend, en général il faut savoir qui ils sont, d'où ils viennent ?

-Sites et polycopiés des sociétés savantes, tu y vas ?

-De temps en temps, j'y vais oui

-Tu trouves ça intéressant ?

-Non pas forcément, pas fiables, ils sont tous dans des congrès payés par le labo, où ils payent rien ils bouffent et... ils sont payés 800 euros en moyenne pour intervenir quand ce n'est pas 2000, faut leur demander, ils sont convaincus de donner la bonne info.

-Est-ce que tu reçois des journaux d'information ?

-De temps en temps on les reçoit, j'y jette un œil, dans *Le Généraliste*, j'ai vu des articles qui étaient bien faits ça dépend, il y a des journalistes qui essaient de bosser, c'est pareil ça dépend de qui fait les articles, qui est vu et quels conflits d'intérêts, on retombe toujours sur la même chose.

-Les Journaux de formations autres que ceux que tu as pu me citer précédemment ?

-Revue *Pédiatrie pratique*, Revue de *Dommage corporel*, EMC tu reçois les mises à jour toutes les semaines et l'abonnement internet, *Prescrire* et *Revue du praticien.*

-Tu utilises les moteurs de recherche ?

-Google oui, l'autre jour j'ai été sur une formation de trucs d'Internet ils te disaient de chercher quand tu ne sais pas trop, tu fais le nom plus PDF.

-Tout ce qui est PubMed CISMeF ?

-J'y vais de temps en temps et ça tu y vas avec le JIM, il t'y envoie sur les 2, moi je vais partout je vais chercher, je fais de l'internet depuis que c'est sorti

-Sur PubMed tu fais une recherche directement ?

-Ca arrive.

-Tu fais comment ?

-Je tape les mots.

-Tu utilises la recherche avancée et les opérateurs booléens ?

-Non, enfin ça dépend, ça m'arrive de chercher tel prof pour voir s'il a fait un article donc par auteur.

-Est-ce que tu connais Cochrane ?

-Ça me dit quelque chose mais je ne connais pas plus que ça, (explications sur Cochrane) c'est des trucs que je trouve crétins quoi, mais ils en parlent dans *Prescrire* donc je leur fais confiance, ils ont fait le travail pour moi.

-Minerva ?

-Non

-Université Laval

-Non ?

-Quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer ?

-Je me trouve satisfaite entre tout ce que j'ai, j'ai tellement d'outils que... , j'ai la tablette, j'ai acheté le truc d'anatomie parce que depuis qu'on a fini, les noms des os ont changé, le péroné la fibula, j'aime pas ça, on est obligé de le rebucher parce qu'on commence à voir des mecs qui parlent que ce langage, les jeunes médecins parlent de la fibula et au départ tu te demandes si c'est un nouveau, donc dans les outils j'ai la tablette et plein d'applications tablette.

-Sur Smartphone ?

-J'ai les applis qui sont communes certaines, j'ai les équivalences pour les ...j'en ai plein, j'ai le truc d'anatomie avec la... avec en fonction de ce que j'ai comme souci un jour euh... je mettrais facilement, y a les vaccins ...; j'ai tout quoi j'ai les équivalences j'ai le Vidal medcoq thesaurimed homéopathie j'ai un truc sur les addictions car je suis une passionnée de tout ça, un test oculaire calcul lithiase, les protocoles, medcalc, j'ai acheté l'anatomie et les muscles, les équivalents médicaux, un truc de gériatrie, le calcul de BMI , *La Revue du praticien* a sorti... je suis abonnée au truc mensuel mais tu peux transformer pour avoir que sur la tablette, ce que je leur reproche c'est de pas pouvoir classer ce que tu télécharges facilement et toi y accéder après facilement sans internet.
-Quelles seraient les solutions pour améliorer ton accès ?
-Plus d'applications tablette. Ca serait faciliter pour nous l'accès, peut-être le crypter un peu plus parce que ce n'est pas que les gens aient la science mais c'est un peu énervant qu'il y ait des mecs qui arrivent et ils veulent te faire un cours de médecine, ça devient pénible.
Les conflits d'intérêts, ils existent dès que l'on exerce, notre premier conflit d'intérêts, c'est le conflit avec la sécu qui t'oblige à faire des choses où t'es pas forcément dans la logique et qui, entre guillemets, te paie parce que s'il y a pas de sécu, demain si on l'enlève, plus personne ne vient dans les cabinets médicaux donc le conflit d'intérêts c'est quand on ouvre la porte du cabinet , leurs recos à eux, on est en conflits d'intérêts avec eux et eux-mêmes sont en conflit d'intérêts avec des labos parce qu'ils nous obligent à faire des prescriptions génériques qui parfois reviennent plus cher que le médicament princeps donc on est tous en conflit d'intérêts, où commencent-ils où ils s'arrêtent? C'est comme le dopage, après ce n'est pas une science exacte, moi j'ai une formation toulousaine, moi j'ai été à une formation à Toulouse en octobre et où on te dit les pneumopathies tu peux aller jusqu'à 9g de clamoxyl/jour, pas d'augmentin, parce qu'on en donne pas assez, c'est pour ça que ça rechute, tu l'appliques ici tu passes pour un fou, j'appelle Bonnal on m'a dit que non, non les gamins je met 250mg -300mg par jour par kilo , ne pas dépasser 3g c'est pas vrai.
Ce n'est pas facile d'être médecin généraliste car on est toujours en train de négocier avec le patient, le spécialiste, le collègue qui te prend pour un fou, pour une bille, parce que tu n'es que généraliste et tu as un droit c'est de te la fermer et d'appliquer , quand on t'invente une pathologie des jambes sans repos quand même non seulement les labos ont réussi a inventer une pathologie et l'ancrer dans la tête des gens pour dire que ça existait , j'ai des tas de patients ils ont des ordo que t'en peux plus toi , moi des fois j'ai envie de larguer mes malades, de leur dire puisque l'autre est meilleur qu'ils aillent le voir, en vieillissant je me dis que je vais changer de métier parce que ça devient pénible , moi je négocie qu'à moitié les gens s'ils te suivent pas c'est pas la peine je leur explique pourquoi je donne pas de médicament, en plus ils ont pas de chance quand je leur explique et qu'ils le font ils se font l'effet indésirable, l'autre je lui dis de pas prendre du Vioxx et le rhumato lui a prescrit du Vioxx , un comprimé et elle a perforé l'intestin, colectomie , j'ai un collègue une grand-mère de 90ans il me l'a plie, il y en a un il lui a mis clamoxyl là ça va, l'autre en passant il lui a mis de l'Advil la créat est monté à 36.5, 3 jours après elle est morte une grand mère jamais malade.

Entretien M14

(Explications sur l'objectif de la thèse)
-Je souris, non c'est bien la recherche documentaire, mais à presque 30 ans d'installation la recherche documentaire chez nous... On n'en fait plus du tout nous, c'est rare, parce que la recherche documentaire, on en fait quand on fait une thèse ou un travail particulier, alors oui, effets secondaires d'un médicament, une pathologie grave, rare, bon ben là, on va chercher, on va sur Orphanet, je vous écoute.
-Quand avez-vous eu votre thèse ?
-1984
-Est-ce que votre cabinet est informatisé
-En fait oui, on est informatisé , moi c'est la secrétaire qui rentre tous les dossiers et moi je les écris encore manuellement car j'ai beaucoup de visites et puis je suis installée depuis longtemps, on a acheté le matériel informatique en 2000 donc si on veut tout rentrer , je pense qu'on est tous pareil , ce qui sont tout seul et même fan d'informatique, ou on démarre et on fait comme ça et on y passe du temps et quand on est ric-rac dans le temps comme c'est le cas chez nous , c'est en fait pour les nouveaux patients il faudrait tout mettre mais les nouveaux patients sont très souvent des gens très mobiles , les patients chroniques ils ont des piles de dossiers , on a une bio comme ça, presque tous les jours et on a les courriers des spécialistes et après sa journée de 12-13h si on doit tout scanner c'est impossible et très honnêtement l'un dans l'autre on s'en sort pas forcément mieux, car ce qui compte, et que vous donnera jamais

l'informatique , moi mes fiches quand ils sont opérés je met un événement important je mets le dernier traitement en cours, je surligne et je l'ai sur mon bureau donc je vais à l'essentiel dessus, si on est méthodique sur son papier on s'en sort aussi bien , on est pas sujet aux pannes, aux virus, à l'informaticien qui vient pas pendant 3 semaines, vous verrez il faut que ça marche et vous vous êtes de générations nouvelles, récentes, donc vous maîtrisez l'informatique mais moi je suis prêt de la sortie , je me suis mise à l'informatique en 99 j'en avais très peur au départ, je tape avec 2 doigts, pas très vite et il y a plein de choses que je maîtrise pas , vous vous êtes nés avec donc ça va très vite, donc vous prenez vos cours, vous faites tous avec, quand je vois mes enfants qui tapent c'est merveilleux, ça n'existait pas, donc euh, quand on voit avec les secrétaires comment ça marche à l'hosto, qu'ils n'arrivent pas à communiquer d'une porte à l'autre sur le même palier ,on se dit, bon hein, ou ou, avec leurs ingénieurs informaticiens sur place et tout leur truc et qu'on a 2 mois en retard sur tous les courriers on se dit que bof on est pas plus mal.

-Est-ce que vous avez accès à Internet au cabinet et au domicile ?

-Ben oui oui oui, haut débit et tout ouai, bah ouai.

-Pendant vos études vous n'avez pas entendu parler d'EBM, de LCA ?

-Ben non, ça n'existait pas tout ça, ça n'existait absolument pas, j'ai fini mes études bien avant , j'ai quitté la fac en 1980, donc je suis arrivée interne à l'hôpital de Bayonne en 80,il y avait pas d'informatique, il y avait pas de scanner à l'hôpital, il est arrivé en juin 1984, il était tout le temps en panne , les radiologues ne savaient pas le faire marcher donc moi dans les questions d'Internat, l'écho démarrait, on avait pas l'écho dans tous les sujets mais c'était les débuts vraiment de l'échographie, de la mise en place de l'échographie et on la sortait pas systématiquement parce que les profs voulaient que ça sorte mais dans les questions ça n'y était pas , ça commençait, l'IRM c'était bien plus tard 10 ans après le scanner, la médecine basée sur les preuves nous on y était pas du tout du tout, la pharmacopée, les études , il y avait très peu d'études, elles étaient pas en double aveugle et même, on peut faire dire ce que l'on veut, surtout si on prend des critères par la suite, donc on avait pas du tout cette culture et il y en avait très très peu et en France c'était pas la culture du tout , aux USA, il y avait des études mais on ne communiquait pas comme maintenant, la pharmacopée était beaucoup plus pauvre aussi , il y a des choses qui ont beaucoup évoluées, il y a des domaines qui ont beaucoup évolué et qui évoluent encore mais il y a des domaines très pauvres, euh moi, quand je suis arrivée interne, on avait les premiers IEC, on n'en avait qu'un seul, c'était le lopril le captopril, à la fin de l'Internat il y en avait un deuxième l'enalapril, depuis, il y a 20 IEC, après, sont arrivés les ARA2, il y a eu des domaines qui ont beaucoup bougé et après il y a des domaines pauvres comme la diabèto, très honnêtement, on avait la metformine, on avait les sulfamides, les acarboses sont apparus après, après on en a plus sorti, mais au fur et à mesure qu'ils sortent, ils repartent aussi vite car trop dangereux, on a eu des progrès dans l'insuline, la Lantus, la Levemir, on a des nouveautés, mais après il y a des progrès qui sont très modérés, on a peu de progrès en neuro, quelques molécules qui ont été un peu améliorées, quelques molécules mais pas grand-chose, les grandes nouveautés c'est dans les traitements anticoagulants, antithrombine etc. mais là aussi point d'interrogation, on va les garder? On ne va pas les garder ? Et après c'est la cancéro, là ça sort tous les jours mais faut voir le coût, l'intérêt, ce qu'on apporte, quand on étudie après ça coûte, on a mis 100000 euros pour un nouveau protocole, qu'est-ce qu'on a amélioré ? 8 jours de survie mais qualité de vie ? Lit-fauteuil, voilà est-ce que cela vaut le coup ? Les gens ne se posent pas la question parce qu'après ils ne gèrent pas le reste.

-Est-ce que vous faites de la FMC ?

-Oui bien sûr.

-Quel type ?

-Au tout début, j'allais aux EPU, machin, les trucs des labos, mais ça fait très longtemps que j'ai arrêté car c'était hyper chiant, je m'en vais un peu à la fac, j'essaie d'aller aux journées de médecine générale, cette année je n'ai pas fait car ça tombait sur un de mes voyages et puis je fais les formations Thématiques *Prescrire* et des choses comme ça, c'est ce qui m'importe le plus.

-Pas de groupe de pairs ?

-Non, je finis déjà très très tard donc je trouve ça assez chiant, c'est très très lassant.

-Les Journées à la fac, ce sont des séminaires ?

-C'est en général, une journée des fois c'est deux fois dans l'année et je fais aussi la formation avec, c'est sur une journée "Preuve et Pratique" sur une vingtaine de minutes par sujet, les journées généralistes c'est des trucs un peu plus longs, c'est surtout avec Preuve et Pratique qui revient sur les bases fondées sur les preuves, ça c'est sur une vingtaine de minutes mais c'est un peu répétitif quand vous en avez fait 4 en suivant ça devient vite un peu rasoir, car il y a pas de nouveautés, ça se répète

-Est-ce que vous avez eu un enseignement à la recherche documentaire ?

-Non, jamais, ça ne se fait pas du tout ça, est-ce que ça apporte quelque chose pour un médecin

généraliste installé depuis longtemps ? Ca apporte quoi la critique d'article sur des thérapeutiques dont on fait le tri soi-même ? Il y a l'expérience, les effets secondaires, ce qu'on peut lire sur la presse médicale, qu'est-ce que ça apporte franchement ? Le problème de la plupart des études, c'est fait par des hypers spécialisés hypers pointus en milieu hospitalier et ça c'est pratiquement jamais fait en ville, avec des gens qui font que ça, 1 an telle étude, le lendemain une autre, quand ce n'est pas les mêmes patients, il y avait des patients spécialisés : "Docteur, vous me mettez quoi comme étude ?" Donc par rapport à la neutralité... On a pas le temps de lire des articles, on a un métier hyper crevant, on fait énormément de paperasse, donc on va à l'essentiel, on n'a pas le temps, on attend qu'on nous amène des choses bien digérées et prêtes à être ingurgitées, on ne fait que bien les choses que l'on fait souvent.
-Est-ce que vous maîtrisez l'anglais ?
-Non

-Dans votre pratique, quand vous vous posez des questions, ça peut arriver ?
-(Elle fait signe de la tête que non)Si j'ai un truc qui me pose problème, je vais le demander au mec qui l'a prescrit, c'est un spécialiste et il me sort une molécule, pourquoi tu mets cette molécule ? Quel est l'intérêt ? Et après je vais chercher , je vais poser la question aux médecins, je vais regarder la notice du médicament, puis voilà et puis après, je pense qu'il y a des médecins qui se jettent tout de suite dans la nouveauté et d'autres qui sont plus posés , sur l'équipe de cardio qui est sur Cambo, il y en a un qui va prescrire tout ce qui sort de nouveau, même si l'indication n'est pas du tout justifiée et d'autres plus posés, on va pas forcément appeler, on va regarder si l'indication est justifiée, on va rechercher sur *Prescrire* par exemple.
-Vous n'y passez pas beaucoup de temps alors ?
-de toute façon, on n'a pas de nouveautés extraordinaires.
-Vous le faites pendant la consultation ?
-Ca m'arrive de chercher un médicament que je ne connais pas.
-Ou au sujet d'une maladie ?
-Oui ça m'arrive mais c'est rare parce qu'on n'a pas de nouveautés tous les jours.
-Quelles sont vos sources d'information dans ces cas-là, vous m'avez d'abord cité les confrères spécialistes ?
-Tout à fait, il y a la revue *Prescrire*, je m'en vais de temps en temps sur des maladies, ça m'est arrivée de chercher sur Orphanet, des trucs comme ça, mais ce n'est pas tous les jours, la médecine générale c'est beaucoup de bobologie, beaucoup de cancers, beaucoup de fins de vie, beaucoup d'Alzheimer, voilà quoi... Et puis entre les pratiques, il y a des règles pour certaines choses mais de toute façon les règles, on les adapte au patient, on adapte les recos au patient parce que si vous le prescrivez à un patient et qu'il n'en veut pas... De toute façon, on passe notre temps à faire notre petite cuisine.
-*Prescrire*, vous êtes abonnée à l'Intégrale ?
-Je reçois les revues *Prescrire* tous les mois et je fais les Thématiques *Prescrire*, je ne fais pas autre chose car tout ça, ça prend beaucoup de temps, c'est déjà pas mal.
-Vous faites une recherche directement sur le site ?
-Ca m'arrive pas très souvent mais ça m'arrive, honnêtement ça m'arrive pas très très souvent, dans la pathologie que j'ai vu aujourd'hui je n'ai pas besoin d'aller rechercher quoi que ce soit.
-Ca vous arrive de faire des recherches sur Google ?
-Non, pas très souvent mais ça m'arrive, j'ai tapé hier sur un médicament que je ne connaissais pas, c'est quoi ça l'Arterin ? Je ne savais pas ce que c'était et j'avais déjà des patients qui avaient été traités avec ça et après les fameux livres de Mr Evren et Debré ont arrêté et qui se sont mis à la levure de riz rouge et après 3 mois, 3g de cholestérol et on ne connaît pas tous les effets secondaires, car ça aussi c'est fonction des médicaments que vous prenez et quand j'ai vu que c'était prescrit par le cardio je me suis dit et ben là bravo.
-Ca vous arrive de ne pas trouver de réponse à vos questions ?
-Ça arrive pas souvent, après je parle avec mes collègues, nous sommes trois au cabinet donc on discute, on a une plus jeune plus rapprochée de l'hosto qui a encore ses collègues à l'hosto, donc ça nous arrive de discuter après pas des choses extraordinaires.

-On va parler de la fiabilité de ce que vous pouvez trouver. Qu'est-ce que ça représente pour vous une information fiable ?
-C'est quelque chose qui a été éprouvé dans les études qui montrent que, euh, euh, c'est efficace donc soit parce qu'il y a eu beaucoup d'études, beaucoup de cas, que c'est vieux, etc. donc tout ça, fiable pour moi c'est ça, éprouvé de longue date avec des bases solides.
-Est-ce que vous connaissez la notion de niveaux de preuve et grades de recommandation de l'HAS ?
-Oui
-*Prescrire*, vous pensez que c'est fiable ?
-Je pense que c'est une source indépendante fiable, après ils sont toujours très très précautionneux, un peu trop précautionneux, avec eux c'est toujours s'il ne faut juste pas prescrire du tout, de l'eau bénite c'est

la solution, ce sont quand même beaucoup de gens qui étudient et qui sont derrière leurs bouquins donc peu de contact avec le patient et un peu coupés de la prescription c'est un peu trop dans l'excès.
-Les confrères spécialistes, vous leur faites confiance ?
-Je les sélectionne, au bout de presque 30 ans, on a un réseau on a pu éliminer ceux qui nous semblaient un peu tordus avec des pratiques un peu bizarres donc j'ai un réseau, on finit par sélectionner.
-Vous pensez que ce que vous trouvez sur Google c'est fiable ?
-Non, non sur Google, il y a tout, le meilleur et le pire mais comme partout, comme dans beaucoup de revues médicales, elles sont presque toutes financées par la pub, d'ailleurs depuis que l'on a mis des limitations sur l'épaisseur, on en met moins dans les poubelles, on en a nettement moins dans les boites aux lettres et puis même, quand même, quand vous allez dans des congrès, tous les stands sont tenus par des labos , partout, vous avez la journée des généralistes, les petits dej' offerts payés par les labos donc si vous trainez un peu vous allez repartir avec des tas de documents machin, c'est du forcing et vous allez à Preuve et Pratique, vous donnez rien, vous prenez rien, mais par le fait de l'inscription, ils ont vos coordonnées et vous avez des pubs régulières sur vos boites mail c'est terrible , l'indépendance c'est un pont d'interrogation et même dans ces grandes études il y a que très peu de , euh, vous allez en Angleterre les études sont faites payées par le service public donc auquel cas vous arrivez à avoir des conclusions, euh, voilà il y a quelques études américaines comme ça, en Australie aussi, mais chez nous, la plupart sont payées sponsorisées par les labos donc les conclusions, vous en tirez quoi? Donc forcément, c'est pour ça que je vous dis , c'est à double tranchant tout ça, il y a peu d'études vraiment nettes , on en a conscience, alors après c'est sûr que nous on fait pas d'études mais moi j'ai arrêté de recevoir depuis 13 ans les visiteurs médicaux et au début on présentait les médicaments ,c'est humain de se dire que peut-être la nouvelle molécule apporte un peu plus pour le patient, au début je testais et combien de fois ça m'arrivait d'utiliser et j'avais les effets secondaires, je m'arrêtais à 10-12 tests, pas plus, et après ,au bout d'un an, retrait du médicament parce que hépatite, parce que machin, je me dis ce que j'ai fait à petites échelles, ça venait conforter ce qui était dit par la suite , je faisais ma petite expérience , après je fais plus parce qu'on ne nous sort pas trop de nouvelles molécules , ce qu'on peut appliquer nous en médecine générale pffff c'est la énième copie, c'est la vingtième association, j'ai horreur de ces associations fixes qui sont faites pour pas être génériquées, ce n'est qu'une astuce et les cardio sont très fan de ce genre de truc, c'est très compliqué, car quand vous avez un effet secondaire, vous ne savez pas auquel le rattacher et c'est très compliqué d'aller contre le cardio, mais eux ils sont très très fans de ces associations dans le même médicament qui n'apportent rien, eux ils sont sensibles aux labos.
-Que pensez-vous des sites gouvernementaux ? Sont-ils garants d'une information fiable ?
-Quand on voit les derniers résultats sur Médiator et autres, ce qu'ils font actuellement sur les pilules, très honnêtement, non, ils sont très très sensibles je pense que peut-être ils vont être un petit peu plus sérieux mais ils l'ont pas été jusqu'à présent, mais ils n'ont pas trouvé en tout cas la juste mesure, ils sont dans l'excès, soit dans un sens ou dans l'autre.
-Les labos, vous ne les recevez plus ?
-Du tout, du tout, l'info est totalement biaisée, et puis on avait toujours les mêmes et ça ne me manque absolument pas.
-Que pensez-vous des experts spécialistes ?
-Il y a de tout, des gens bien et des gens pas bien , des gens on sent vraiment qu'ils sont, qu'ils voisinent, qu'ils sont très très proches des labos et d'autres ils font leur boulot d'expert mais bon ça ça tient plus à la personne , ça m'étonnerait qu'on arrive à afficher les conflits d'intérêts mais on pourra jamais arriver à zéro conflit d'intérêts car quand vous avez fait une étude vous avez toujours été très proche d'un labo ou alors il faudrait que toutes les études soient payées par les gouvernements auquel cas on arrivera à faire des choses claires et nettes, mais ce n'est pas du tout dans l'air du temps et ce n'est pas demain la veille que ça va arriver , c'est souvent pas pour dire que ça fait mieux qu' un autre mais que ça fait pas moins bien, on est toujours dans la non infériorité , ça se fera pas et puis de toutes façons on est de plus en plus dans le libéralisme.
-L'HAS, vous connaissez le site ?
-Oui j'y suis déjà allée, c'est très rare, mais j'y vais
-Vous en pensez quoi du site en lui-même ?
-Pffff je le trouve un peu compliqué mais enfin
-Ils ont changé leur site en avril.
-Honnêtement, j'y suis pas allée depuis, les recos sont impossible à respecter, qu'est-ce qu'on peut nous reprocher de toutes façons tant qu'on ne fait pas de prescriptions totalement délirantes ? Mais sur un patient en ALD pour les recos c'est pareil, c'est une négociation perpétuelle, il y en a certaines sur le suivi chronique d'un patient qui a fait un AVC, aller voir le médecin de rééducation une fois par an alors qu'il n'arrive pas à voir ses patients hospitalisés... Qu'est-ce que vous voulez qu'il les voie ? Ce patient de 85 ans, c'est complètement con, on est content de le maintenir, on évite les hospitalisations, les chutes,

alors ça, on en a rien à cirer, c'est pas du tout dans la réalité , ça ressemble à rien , je me base même pas sur leurs recos quand je fais une demande de 100 %, et il y a pas un médecin de la sécu qui me la refuse, qu'est-ce que je vais marquer pour un papy de 80 ans en insuffisance cardiaque? Je ne vais pas l'envoyer voir un cardio qui est débordé ? Qu'est-ce qu'il en a à faire du papy de 80 ans avec des œdèmes comme ça ? Ben il attend quoi ? D'aller voir St-Pierre ! Il faut être raisonnable et les pieds sur terre et les deux de préférence, c'est du vent tout ça, il y a plein de monde qui grappille.

-Est-ce que vous connaissez les sites et polycopiés des sociétés savantes ?

-Non

-Les journaux d'information ?

-Oui je reçois.

-Vous jetez ou vous regardez ?

-Je ne regarde pas systématiquement, mais il y a des articles, je regarde.

-Que pensez-vous de ces infos ?

-C'est moyen, très moyen, très très moyen, mais c'est plus pour l'actu le reste non c'est très très très très ... voilà je suis juste abonnée à *Prescrire* et les Thématiques, quand je reçois je regarde.

-CISMeF, vous connaissez CHU de Rouen ?

-Non

-PubMed ?

-Oui, mais bof

-Cochrane librairie ?

-J'en entends parler, mais je n'y vais pas.

-Minerva

-Oui, mais c'est pareil j'y vais pas.

-Quels sont vos manques quand vous faites une recherche documentaire ?

-Je me sens pas du tout en difficulté et quand j'ai un problème je vais voir le spécialiste, c'est se compliquer l'existence on va pas transformer les généralistes en grands grands super spécialistes c'est pas possible , la médecine est trop fragmentée et trop étendue , c'est pas possible , on va connaître un petit peu de quelque chose sur un peu de tout mais il y a des tas de domaines qu'on ne peut pas, c'est pas la peine, en hématologie c'est devenu hyper compliqué et l'immuno c'est hyper compliqué il y a des tas de choses qui sortent, on est obligé de déléguer mais, même pour comprendre, Ce sont des choses qu'on a pas apprises, quand vous arrivez à la soixantaine faut être réaliste.

-Quelle serait la solution pour qu'un médecin ait accès à une info fiable facilement ?

-Il ne sera jamais au courant de tout, de toute façon, un réseau hospitalier, avoir un bon réseau de spécialistes mais à qui on peut faire confiance, pas qui font n'importe quoi et puis après on aura toujours la fac, on aura toujours des gens, faut rester avec les basiques sur Internet et autres, je ne sais pas si on peut uniquement se baser sur ce genre de données ça me parait difficile.

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TITRE :

Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité

RÉSUMÉ :

La profession de médecin généraliste nécessite une perpétuelle réactualisation des connaissances. En effet, la médecine évolue et se complexifie. Les médecins ont besoin de chercher des informations pour répondre aux questionnements survenant dans leur pratique quotidienne. Quelles sont leurs pratiques de recherche documentaire ? Quels sont les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité ?
Ce travail repose sur une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés. 25 médecins généralistes au Pays Basque, en 2013, ont été interrogés afin de connaître leurs habitudes et leurs comportements face à l'autoformation.
Les médecins généralistes n'ont pas de techniques de recherche, ils cherchent en présence ou non du patient et ils consacrent peu de temps à l'autoformation, entre quelques minutes et plusieurs heures par semaine. Les médecins qui « s'autoforment » le plus semblent être les médecins enseignants et les médecins à exercice particulier, l'intérêt motive leurs recherches. Les médecins enseignants et les médecins du groupe le plus jeune ont tendance à mieux sélectionner leurs sources. L'absence de formation semble être un frein majeur. D'autres obstacles inhérents aux médecins ont pu être retrouvés, notamment, le manque de temps, un âge avancé, la barrière de la langue. Il y a, aussi, des raisons inhérentes aux sources d'information : les conflits d'intérêts au sein des sources, le manque d'ergonomie de certaines sources, le manque de pertinence de l'information et le coût pour l'accès à l'information. Des freins non exprimés par les médecins ont été retrouvés au travers des entretiens : le sentiment d'invulnérabilité, la surabondance d'informations, le raisonnement binaire des médecins, la confiance en « la notoriété », les relations amicales et le respect du principe de réciprocité. Plusieurs solutions ont été proposées. Une formation à la recherche documentaire et à l'évaluation de la qualité de l'information et des sources est la solution la plus concevable. Cette formation doit être intégrée dans le cursus universitaire, il faudrait aussi que le médecin participe à une formation sur ces sujets régulièrement dans le cadre de la FMC.
Devant le manque d'intérêt manifeste pour la recherche documentaire, comment rendre ces formations attractives ? La formation est un devoir déontologique alors, peut-être, faut-il que ces formations soient obligatoires ou mieux rémunérées ?

DISCIPLINE :

Médecine générale

MOTS-CLEFS :

Médecine générale, médecins généralistes, recherche d'informations, recherche documentaire, sources d'information, formation médicale continue