



HAL
open science

Consultation 2.0. Approche de la perception de la diffusion des informations médiatiques en matière de santé dans la pratique des médecins généralistes. Étude qualitative par Focus Group auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse

Coralie Paur

► **To cite this version:**

Coralie Paur. Consultation 2.0. Approche de la perception de la diffusion des informations médiatiques en matière de santé dans la pratique des médecins généralistes. Étude qualitative par Focus Group auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02087060

HAL Id: dumas-02087060

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02087060>

Submitted on 31 May 2019

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.



Consultation 2.0. Approche de la perception de la diffusion des informations médiatiques en matière de santé dans la pratique des médecins généralistes.

Etude qualitative par Focus Group auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Coralie PAUR

Née le 5 août 1989 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Monsieur le Docteur CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * **Préparation à l'ECN** : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
	CHAMLIAN Albert		LUCIANI Jean-Marie
	CHARREL Michel		MAGALON Guy
	CHAUVEL Patrick		MAGNAN Jacques
	CHOUX Maurice		MALLAN- MANCINI Josette
	CIANFARANI François		MALMEJAC Claude
	CLEMENT Robert		MATTEI Jean François
	COMBALBERT André		MERCIER Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		METGE Paul
	CORRIOL Jacques		MICHOTEY Georges
	COULANGE Christian		MILLET Yves
	DALMAS Henri		MIRANDA François
	DE MICO Philippe		MONFORT Gérard
	DELARQUE Alain		MONGES André
	DEVIN Robert		MONGIN Maurice
	DEVRED Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DJIANE Pierre		NAZARIAN Serge
	DONNET Vincent		NICOLI René
	DUCASSOU Jacques		NOIRCLERC Michel
	DUFOUR Michel		OLMER Michel
	DUMON Henri		OREHEK Jean
	FARNARIER Georges		PAPY Jean-Jacques
	FAVRE Roger		PAULIN Raymond
	FIECHI Marius		PELOUX Yves
			PENAUD Antony

MM

PENE Pierre PIANA
Lucien PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis POITOUT
Dominique PONCET
Michel POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

ROUX Michel RUFO
Marcel SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques SAN
MARCO Jean-Louis

SANKALE Marc
SARACCO Jacques SARLES
Jean-Claude SASTRE Bernard
SCHIANO Alain SCOTTO
Jean-Claude SEBAHOUN
Gérard SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René STAHL
André TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette

THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel VAGUE
Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R.
BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs
J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs
J. Edward MC DADE (U.S.A.)

W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs

H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs

G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs

D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs

C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs

O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur

LEVY Samuel

31/08/2011

Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016
2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018

M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRANELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	DESSEIN Alain Surnombre	KERBAUL François
BARTOLIN Robert Surnombre	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERLAND Yvon Surnombre	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	ENJALBERT Alain Surnombre	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	FAUGERE Gérard Surnombre	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	FRANCES Yves Surnombre	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		MARANINCHI Dominique Surnombre
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	MARTIN Claude Surnombre
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	MUNDLER Olivier Surnombre
CHARPIN Denis Surnombre	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier

CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier

GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre

NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel

PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël

FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMNOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine

NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU-PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECV Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION : GYNECOLOGIE MEDICALE 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU-PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMMOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302



GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE - RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VA SCULAIRE - MEDECINE VA SCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUY S Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE - BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE - HEPATOLOGIE - ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE - GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES : MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE : GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT : MEDECINE GENERALE : ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. A mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. A mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE : TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GEL SI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EU SEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE: ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)



OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE-ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURE SQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CHOLÉLOGIE ; PSYCHOLOGIE CLINIQUE ; PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHADNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PNEUMOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE ; MEDECINE D'URGENCE ; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury pour leur attention portée à ce travail :

A Monsieur le Professeur Thirion, merci d'abord de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour la simplicité de votre abord et pour votre rapide efficacité à chacune de mes sollicitations administratives.

A Madame le Docteur Daumas, merci de votre présence et de votre participation.

A Monsieur le Docteur Casanova, merci également de votre présence, me permettant ainsi d'avoir une majorité de médecins généralistes dans mon jury et de représenter également le Vaucluse qui me tient tant à cœur.

A Madame le Docteur Martin-Devoir, Elisabeth, merci d'abord pour ce stage libérateur et ces 6 mois passés à tes côtés qui m'auront montré que ouf ! je ne m'étais pas trompée, ma place était bien là. Merci aussi d'avoir rempli pour un an supplémentaire avec la direction de cette thèse ! Je te dois aussi en plus, dans mon approche de la médecine libérale, d'avoir appris à (essayer) ne pas me laisser marcher sur les pieds !

A tous les médecins et internes ayant participé aux entretiens : un GRAND merci. Au-delà de m'avoir permis ce travail, vous m'avez aussi permis de voir que l'on peut compter sur la solidarité de ses confrères. Cela est rassurant avant de se lancer dans le grand bain !

A toutes les personnes qui sont intervenues dans ma formation avec humanité et bienveillance, merci : aux équipes du Dr Amrani, Dr Colombani et celle de la PMI de la Joliette.

A mes quatre maîtres de stage et aux médecins spécialistes de mon SASPAS.

Dédicace particulière au cabinet de Rasteau.

Jenny, ta bienveillance et tes qualités de « maman-poule » auront bien adouci cette combinaison thèse-SASPAS. A nos debriefs téléphoniques enrichissants et rassurants. Merci pour le temps que tu m'auras consacré sous toutes ses formes. J'espère rester sur les rails de ta pratique !

Aux Vaisonnais, Christian, Gérard et Jean-Claude. Merci de me rassurer sur le fait qu'il est possible de rester passionné dans sa pratique, même après tant d'années d'exercice !

Au Dr Unal, merci pour ce que j'ai appris au cours de ces jeudi matin et je ne pensais pas pouvoir rire et faire de la cardiologie ! Merci tout simplement d'exercer avec autant de qualités et d'humilité.

Au Docteur Ferry pour ces après-midi si intéressantes, j'espère, grâce à votre influence, pouvoir diversifier mon activité.

Au Dr Beau et à nos debriefs sur la vie et la médecine qui nous faisaient finir systématiquement plus tard que prévu ! Merci pour cette approche panoramique et si humaine avec laquelle j'espère pouvoir soigner mes patients âgés.

A tous ceux qui m'ont aidée à faire ce travail, quelle que soit leur intervention.

REMERCIEMENTS...et plus si affinité !

Des pages et des pages seraient nécessaires pour remercier tout l'amour que m'apporte ma famille et mes amis. Certains seront sûrement déçus de ne pas être cités et je m'en excuse d'avance...

Je suis bien évidemment obligée de commencer par mes petits parents. Ma thèse deviendrait le dictionnaire si je devais dire tout ce que je vous dois...MERCI. Merci d'abord pour votre amour

inconditionnel et votre soutien sans faille quel que soit le domaine.

Si l'on ne doit parler que de la thèse, cela ne m'étonne pas qu'elle soit devenue une affaire de famille et que vous ayez répondu présents à chacune des étapes !

Merci Maman pour toutes tes précieuses et multiples relectures, tes conseils, tes tournures de phrases, pour ton aide à la réalisation des entretiens vaclusiens. Mais surtout, merci pour ton écoute à chacun de mes coups de mou.

Papou Macgyver, merci aussi d'avoir été là pour les périodes de démotivation et merci pour la partie technique de ce travail ! Merci pour tes talents informatiques et le temps passer à me faire gagner du temps.

Au final si je dois vous dire un seul merci, c'est pour avoir toujours été là, non pas pour me donner l'impression qu'il n'y a pas de difficultés dans la vie mais pour que je sache comment toujours les surmonter. Bref, je vous dois tellement, largement plus que mes études...Je vous aime fort.

A Boubou, mon petit artiste talentueux de toujours. Alors là aussi, finalement, il faudrait (encore) remercier les parents pour m'avoir donné le meilleur des petits frères ! A nos différences qui font la beauté de notre relation et à cet amour spécial et unique qui nous lie. Et tiens, à mon futur premier (et unique ?!) tatouage. Fière d'être ta sœur, Hakuna Matata.

A Sacha et Philou, à notre présent et notre futur.

Mon Phi-fou, merci à tes yeux bleus, ton sourire, ton humour et ta dérision, ta sensibilité et ta philosophie, tes passions et ta folie d'être entrés dans ma vie au moment où je m'y attendais le moins.

Merci de m'avoir bien aidée à relativiser dans ce travail avec ton expérience de...thésard.

Merci surtout de m'aider petit à petit à envoyer valser l'envie de toujours bien faire pour l'envie d'être simplement heureuse. On le sait bien toi et moi, rien n'est simple dans la vie, à nous alors maintenant de faire notre bonheur simplement.

Ah oui et à la Nouvelle-Calédonie aussi quand même !!!

A Léo, mon filleul d'amour. Je suis si fière du merveilleux petit garçon que tu as toujours été et je crois être encore plus fière du jeune-homme et de l'adulte exceptionnel que tu seras. Merci à ton super papa de veiller sur toi.

Merci mon cœur d'avoir eu, depuis petit, la maturité de comprendre que mes études ont fait que je n'ai pas pu m'occuper de toi comme je l'aurais voulu...On va se rattraper : à notre futur Pékin Express ensemble ! ;)

A mes amis des bouts du monde, Elo et Romain. Grâce à vous, je suis rassurée de savoir que l'amitié, quand elle est solide, résiste aux longues études, au temps qui passe, à la distance et au décalage horaire.

Mon Elo, ma blonde, merci d'avoir été là pour tous les petits coups durs de cette thèse et plus généralement pour tous ceux de la vie.

Mon Rominou, ne fallait-il pas au moins être champion du monde l'année de ma thèse ?! Les Bleus l'ont fait pour moi ;)

A ce lien que l'on a su préserver. (Et merci Whatsapp quand même !).

A Lolo&Lulu pour tous ces moments à m'écouter me plaindre.

Lolo, mon amie de toujours : je poursuis la tradition de tout faire pareil toutes les deux, moi aussi je vais enfiler la robe ! A notre amitié qui nous aura vues grandir : le maître et le doc', on peut être fières ! Quel sera notre prochain défi partagé ? Un voyage en avion peut-être ? ;)

Lulu, ton humour et ton grand cœur me donne l'impression de te connaître toi aussi depuis la maternelle.

Vous êtes tous les deux des personnes sur lesquelles on peut toujours compter et quelle chance j'ai de vous compter parmi mes amis !

Merci à toute ma grande famille, aux marignanais, aux marseillais, aux niçois. Merci d'avoir toujours été compréhensifs pour tous ces moments que je n'ai pas pu partager avec vous...Mamie Marie, ça y est, c'est enfin fini « les devoirs, toujours les devoirs » ! Je vais enfin pouvoir être plus disponible.

A Tonton Marco, merci pour ta caméra qui m'aura été bien utile.

A Tatie Mick pour ton réconfort inconditionnel à distance. Toi aussi, tu es toujours là pour chaque difficulté mais aussi chaque bonheur de ma vie.

A Isabelle d'avoir accepté que j'envahisse votre salle d'attente à plusieurs reprises ! Et aussi, je le sais bien, surtout d'avoir permis à Maman lors de vos marches hebdomadaires de vider son sac pour pouvoir me supporter ! :)

A tous mes co-internes avec une spéciale dédicace au Docteur K et nos fous rires, à Lucile et notre épreuve de survie réussie et à Lauriane pour le rire et la « déconne », les confidences et le soutien.

A mes amis, non médecins, fraîchement médecins ou qui le seront bientôt.

Merci à ceux qui ne sont plus forcément à mes côtés aujourd'hui mais qui auront été un soutien à un moment ou à un autre au cours de ses longues études, je ne l'oublierai pas.

A ceux qui ne sont plus là mais qui m'accompagneront finalement toujours, je pense à vous.

Une spéciale dédicace à mon Papy Henri, j'espère que ce premier Dr Paur de la famille va assurer !

A ma Marraine, tu me soutenais toujours dans mes études et je sais que tu aurais bien sûr continué à le faire et que tu aurais été fière de cette conclusion. Tu me manques tellement...

A John Butler qui participe à ma détente musicale depuis mon bac' et qui cette année aura sauvé, à plusieurs reprises, mon ordinateur d'un vol plané par la fenêtre !

A la chanson de Mathieu Pom parce que, pour ceux qui comprendront, je crois que ma vraie vocation est finalement venue de lui... :)

Si mes remerciements sont aujourd'hui si longs c'est que j'ai toujours eu la chance d'être bien entourée. Ma vie professionnelle commence maintenant et grâce à vous, je n'en ai pas peur.

En bref, merci à tous de me permettre de me rappeler que ce j'ai de plus précieux dans la vie ne sera finalement jamais mon travail...



**Faculté
de Médecine**
Aix-Marseille Université

**Consultation 2.0. Approche de la perception de la diffusion des
informations médiatiques en matière de santé dans la pratique des
médecins généralistes.**

**Etude qualitative par Focus Group auprès de médecins généralistes des
Bouches-du-Rhône et du Vaucluse.**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Coralie PAUR

Née le 5 août 1989 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Monsieur le Docteur CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth

Directeur

PLAN

INTRODUCTION.....	8
I. Contexte actuel des médias dans la santé.....	8
II. Le Web santé.....	8
<i>A. Histoire de la révolution de l'information médicale par le développement d'Internet..</i>	<i>8</i>
1. Les débuts du Web santé.....	8
2. La révolution du Web 2.0.....	8
3. Le cas français.....	9
<i>B. La certification HON des sites de Santé.....</i>	<i>9</i>
<i>C. Explosion de l'accessibilité à Internet.....</i>	<i>9</i>
III. Place du médecin généraliste dans le phénomène de diffusion des informations médiatiques en santé.....	10
<i>A. Médecine et Santé 2.0.....</i>	<i>10</i>
<i>B. De nouvelles compétences médiatiques pour les médecins généraliste français ?.....</i>	<i>10</i>
IV. La question de recherche.....	10
<i>A. Problématique.....</i>	<i>10</i>
<i>B. Intérêt personnel pour le sujet : le cas du Levothyrox.....</i>	<i>11</i>
<i>C. Objectifs.....</i>	<i>11</i>

MATERIEL&METHODE.....	12
I. Choix des méthodes.....	12
A. <i>La recherche qualitative.....</i>	12
B. <i>La théorisation ancrée.....</i>	12
C. <i>Mode de recueil.....</i>	12
1. Le Focus Group.....	12
2. L'entretien individuel.....	13
II. Travail préalable à la recherche.....	13
A. <i>La formation : construction d'une posture de chercheur.....</i>	13
B. <i>La déconstruction des aprioris.....</i>	13
C. <i>La recherche bibliographique.....</i>	13
D. <i>Le Journal de bord.....</i>	14
III. Echantillonnage.....	14
A. <i>Echantillonnage théorique : Définition.....</i>	14
B. <i>Population cible.....</i>	14
C. <i>Recrutement.....</i>	14
IV. Recueil des données.....	15
A. <i>Guide d'entretien qualitatif.....</i>	15
1. Construction.....	15
2. Evolution.....	15
B. <i>Technique de recueil.....</i>	16
C. <i>Conditions de recueil.....</i>	16
D. <i>Saturation des données.....</i>	16
V. Analyse des données.....	17
A. <i>La retranscription : le verbatim.....</i>	17
B. <i>L'analyse par théorisation ancrée.....</i>	17
1. Codification.....	18
2. Catégorisation.....	18
3. Mise en relation des catégories.....	18
4. Intégration.....	19
5. Modélisation.....	19
6. Théorisation.....	19
7.	
VI. Conditions éthiques et réglementaires.....	19

RESULTATS.....	19
Généralités.....	19
I. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	19
II. Caractéristiques des entretiens.....	20
III. Saturation des données.....	20
Résultats de l'analyse.....	20
I. Une perception ambivalente.....	20
A. <i>Un impact positif sur la pratique.....</i>	20
1. Aide : Se sentir secondé dans ses fonctions.....	20
a. Impact doublement positif des campagnes de prévention et de dépistage.....	20
b. Facilitation de la pratique.....	22
c. Participation à la vigilance des patients et des médecins.....	24
d. Education à la santé.....	24
e. Pouvoir s'appuyer sur ces nouvelles possibilités d'éducation.....	24
f. Limites.....	25
2. Rôle de révélateur du profil du patient.....	26
a. S'autoriser à s'exprimer pour le patient.....	26
b. Répondre au besoin du patient de se sentir compris.....	26
c. Ouvrir le dialogue avec le médecin.....	27
3. Meilleure reconnaissance du métier.....	27
4. Favorise les échanges entre confrères et l'unité des pratiques.....	27
B. <i>Complications et difficultés.....</i>	28
1. Une image négative de l'information médiatique.....	28
a. Désinformation.....	28
b. Impression de fermeture du débat par les médias.....	29
c. Une information qui n'est pas au service du patient.....	30
2. Informations vectrices d'angoisse.....	30
a. Génération de la peur.....	30
b. Impact anxiogène global.....	31
3. Création de motif de consultation.....	32
4. Création de conflits patient-médecin.....	32
5. Consulter à 3.....	33
6. Création de biais dans l'exercice de la médecine.....	34
7. Vecteur de redondance dans les consultations.....	35
8. Chronophage.....	36

9. Des dérives.....	36
10. Des sentiments négatifs.....	36
C. <i>Absence d'impact sur la pratique.....</i>	37
1. Un vécu neutre.....	37
2. Peu d'utilisation dans la pratique.....	38
3. Absence de nouvelles problématiques.....	38
II. Des changements dans la position de chacun dans la relation patient-médecin	39
A. <i>Nouvelle position du patient dans sa santé.....</i>	39
1. Valorisation de son rôle dans sa santé.....	39
2. Droit de pouvoir mieux s'informer.....	39
3. Démarche active du patient : Responsabilisation et autonomisation.....	40
B. <i>Désacralisation du médecin.....</i>	40
1. Se sentir remis en question dans son savoir.....	40
a. Un vécu négatif.....	40
b. Un vécu positif.....	41
2. Le médecin : un être humain comme un autre.....	42
3. Comprendre la volonté du patient de mieux s'approprier sa santé.....	43
4. Ne plus se reconnaître dans ses fonctions de médecin.....	43
C. <i>Un déséquilibre ou nouvel équilibre dans la relation ?.....</i>	44
1. Déplacement du savoir du côté du patient.....	44
2. Enrichissement de la relation.....	45
3. Acceptation des changements : Evolution avec la société.....	45
4. Persistance d'inégalités	46
D. <i>Revalorisation de la relation.....</i>	46
1. Promotion de la relation en tant que relation humaine.....	47
2. Approche centrée sur le patient.....	47
3. Valorisation de la relation de confiance.....	48
4. Référence pour le patient.....	48
5. Limites.....	49
III. Adaptation : les stratégies du médecin généraliste.....	49
A. <i>Rassurer.....</i>	49
1. Rôle de base du médecin traitant.....	49
2. Prendre le temps.....	50
3. Trouver le motif caché : Décrypter.....	51
B. <i>Encadrer : être l'intermédiaire patient-média.....</i>	51
1. Eduquer le patient dans son utilisation des médias.....	51

a.	L'orienter.....	51
b.	Conseiller certains sites internet.....	51
c.	Lui apprendre à faire le tri.....	52
2.	Limites.....	52
	<i>C. Rester sur d'autres bases de la pratique.....</i>	53
1.	Le colloque singulier.....	53
2.	Investiguer.....	53
	<i>D. S'approprier la diffusion de l'information médiatique sur la santé.....</i>	54
1.	Dans la salle d'attente et dans le cabinet.....	54
2.	Création de sites internet d'information par les médecins généralistes.....	54
3.	Une meilleure information pour l'orientation des patients.....	55
4.	Implication dans les médias de masse.....	55
5.	Le médecin généraliste n'est pas le seul concerné.....	56
a.	Rôle de l'Etat.....	56
b.	Rôle de l'Ecole.....	56
c.	Rôle du ministère de la santé.....	57
d.	Rôle d'autres professionnels de santé.....	57
	<i>E. Intégrer le sujet à la formation des médecins généralistes.....</i>	57
	<i>F. Le patient.....</i>	58
IV.	Le Levothyrox.....	59
A.	<i>Une situation extrême.....</i>	59
1.	Un passif.....	59
2.	Impression d'hystérisation.....	60
3.	Un phénomène d'ampleur.....	61
B.	<i>Accuser les autorités sanitaires.....</i>	62
1.	Une mise à l'écart de l'information.....	62
2.	Une mauvaise gestion imposée aux médecins.....	64
C.	<i>Difficulté à mettre en place les stratégies habituelles.....</i>	65
1.	Difficultés à apporter un cadre.....	65
2.	Faire face aux patients.....	66
3.	Abandonner.....	67
D.	<i>Aggravation de la situation par les médias.....</i>	67
E.	<i>Un traumatisme.....</i>	67
	Modélisation des résultats.....	69

DISCUSSION	70
I. Limites de l'étude	70
A. <i>Le recrutement</i>	70
B. <i>Le recueil : Focus group et entretiens individuels</i>	70
C. <i>Le Guide d'entretien</i>	71
D. <i>La saturation des données</i>	71
E. <i>L'analyse des données : la portée des résultats</i>	71
1. <i>Le Codage</i>	71
2. <i>L'absence de retour des retranscriptions</i>	71
3. <i>Des données manquantes ?</i>	71
II. Forces de l'étude	72
A. <i>Le sujet</i>	72
B. <i>Une démarche scientifique rigoureuse</i>	72
1. <i>La population d'étude</i>	72
2. <i>Les entretiens</i>	72
3. <i>L'analyse</i>	72
C. <i>Limitation de certains biais</i>	73
D. <i>Apports bénéfiques sur le plan personnel</i>	73
III. Perception des médias par les médecins généralistes sur leur pratique :	
Discussion du contexte et des perspectives	73
A. <i>Les changements dans la relation patient-médecin</i>	74
1. <i>Les médias et la position du patient dans sa santé</i>	74
2. <i>Les médias et le médecin</i>	74
3. <i>Les médias et la relation patient-médecin</i>	75
a. <i>Télé médecine ; e-santé ; Santé 3.0 : au-delà de l'information du patient</i>	75
b. <i>L'avenir de la relation dans les nouvelles technologies</i>	76
c. <i>L'actualité de la relation</i>	77
B. <i>L'adaptation des médecins généralistes</i>	77
1. <i>La création de sites internet par le médecin généraliste</i>	77
2. <i>Encadrer : Rôle d'intermédiaire patient-média</i>	78
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXE	84
Annexe 1 et 2.....	84
Annexe 3.....	85
Annexe 4 et 5.....	86
Annexe 6.....	87

Annexe 7.....	90
Annexe 8 : CD-ROM (Verbatim et Guides d'entretien)	
Liste des abréviation.....	90

INTRODUCTION

I. Contexte actuel des médias dans la santé

La santé représente une des principales préoccupations quotidiennes des français. Ainsi la médecine et le domaine de la santé apportent des sujets quasi-illimités qui ont toujours intéressé les médias, que ce soit dans la publicité, la presse écrite ou télévisée et la littérature.

Cependant la production, la diffusion et le partage de l'information concernant la santé connaît une véritable révolution depuis le début du XXIème siècle par le développement spectaculaire d'Internet qui, en plus de proposer de nouvelles prestations, permet de retrouver en ligne toutes les formes de médias sur la santé.

De plus, si l'écrit et les médias de masse ont facilité la diffusion des informations sur ce sujet, ils n'ont pas fondamentalement modifié la nature de cette information, ce qui n'est pas le cas d'Internet. En effet l'apparition d'Internet induit une profonde restructuration de la diffusion de l'information dans un premier temps, mais surtout de sa nature à partir des années 2000 (1).

II. Le Web Santé

A. Histoire de la révolution de l'information médicale par le développement d'Internet

1. Les débuts du Web Santé

Internet (*International Network* ou *Interconnected Network*) est une création américaine qui s'ouvre au grand public dans les années 1990 avec l'apparition en 1994 du *World Wide Web* qui permet un accès universel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ainsi est mis à disposition de tous, et donc des patients, une quantité considérable d'informations dans le domaine médical et sur la santé.

Et en 1997, l'ouverture gratuite à tous de la base de données bibliographiques *Medline* par Al Gore, vice-président des Etats Unis est une autre étape importante dans l'information médicale. (2)

Cependant si les premières années de l'Internet de santé (Web santé 1.0) conduisent à la mise à disposition de tous d'une masse d'informations et ceci avec une grande facilité d'accès, on ne peut pas vraiment parler de réelle révolution car l'information n'est pas forcément utilisable par le patient du fait de sa complexité. C'est donc l'évolution issue de la création du Web 2.0 qui permettra au patient de participer à l'information en matière de santé mais aussi de se l'approprier en échangeant avec ses pairs.

2. La révolution du Web 2.0

La première étape du Web 2.0 passe par la création du moteur de recherche *Google* en 1998 avec un nouveau concept d'indexation fondée sur les liens qui relient les pages internet et un mode de classement des résultats par indice de popularité.

L'évolution du Web 2.0 est ensuite marquée par l'apparition des blogs qui permettent à chacun de façon simple et gratuite de devenir auteur et de pouvoir être, toujours aussi gratuitement et simplement, consulté par tous et possiblement à travers le monde entier. Les experts de la communication en perdent ainsi le monopole.

Enfin la nouvelle information du Web 2.0 a pour troisième pilier le web participatif avec les forums et autres espaces communautaires comme les réseaux sociaux, où les internautes peuvent s'échanger un grand nombre d'informations, par exemple dans le domaine de la santé, et aussi échanger leurs opinions et points de vue. (2)

Ces 3 éléments sont les piliers de la nouvelle information du Web 2.0 et dans le domaine de la santé les patients-internautes deviennent acteurs dans cette information.

Ainsi un site web 2.0 est un site dont le contenu est généré par l'utilisateur et où les données circulent librement. Le domaine de la santé n'y échappe évidemment pas et les experts n'ont plus le monopole exclusif du savoir médical.

3. Le cas français

Pour diverses raisons, la France n'a pas été dans les premiers pays à se mettre au web et le développement d'Internet y a donc été plus timide et est apparu avec retard. (1) Mais ce retard est aujourd'hui bien rattrapé car Internet est le premier média en France en termes de temps passé quotidiennement par les français et la plupart des professionnels de santé s'y connectent quotidiennement. En effet en 2017 en France quasiment neuf français sur dix sont internautes et 76% d'entre eux se connectent quotidiennement. Seulement 12% de la population française ne se connecte jamais à internet (-3 points par rapport à 2016). (3)

Les français sont aussi les champions d'Europe du blog et la France est même le premier pays du Monde à proposer une certification des sites de Santé.

B. La certification HON des sites de Santé

La diffusion croissante d'informations dans le domaine de la santé par le biais d'Internet a conduit la France à légiférer. Ainsi la certification des sites de santé résulte d'une disposition réglementaire par deux articles. (4)

L'article L161-38 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (5) donne à la Haute Autorité de Santé (HAS) ce rôle de certification des sites dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale.

L'article R 161-75 du décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 (6) détermine le fait que la HAS doit déterminer les règles de bonnes pratiques devant être respectées par ces sites et logiciels, donc déterminer les modalités de leur certification.

La Fondation HON (*Health On the Net*) est l'organisation non gouvernementale chargée d'effectuer cette certification en France selon le respect de 8 principes (Cf Annexe 1, p83) (7)

C. Explosion de l'accessibilité à Internet

La digitalisation de la société française se poursuit à un rythme rapide et soutenu, notamment à travers le smartphone qui est devenu incontournable en quelques années : en 2017 près des trois quarts des Français en sont équipés (79%, +8 points en un an) alors qu'en 2011 moins d'un quart (17%) des Français en possédait un (3).

64% des Français utilisent aujourd'hui leur smartphone pour se connecter au web et la connexion à internet se fait plus souvent via son téléphone mobile que par un ordinateur : interrogés sur le terminal qu'ils utilisent le plus souvent pour se connecter à la Toile, les Français placent en tête le smartphone (42%), devant l'ordinateur (38%) puis la tablette (7%). (3)

Ainsi par le réseau internet mobile, on a accès à toutes les informations médiatiques, les sites mais aussi les journaux télévisés et la presse écrite qui sont relayés sur le web. Par un objet qui tient dans la poche et consultable à tout moment, on peut s'informer dès qu'on le souhaite et il suffit d'observer une salle d'attente pour s'apercevoir que le smartphone fait largement concurrence aux magazines chez nos patients.

Enfin les réseaux sociaux, majoritairement consultés et alimentés via les smartphones (61% des cas), créent un rapport quotidien et renouvelé au mobile et 59% des internautes français sont membres des réseaux sociaux. (3)

III. Place du médecin généraliste dans le phénomène de diffusion des informations médiatiques en santé

A. Médecine et Santé 2.0

Dans la lignée du Web 2.0, la Santé 2.0 désigne la santé ou la médecine participative par le partage d'informations et d'expériences entre professionnels de santé et patients vers une relation médecin-patient plus collective qu'exclusive.

Avec la Santé 2.0 il apparaît rapidement les enjeux d'encadrer cette nouvelle collaboration entre acteurs de santé. (1,4)

Contrairement aux Etats Unis où les médecins sont impliqués dans tous les domaines sur le Web (8), en France les médecins utilisent plus internet pour leur information personnelle que pour informer le patient. Ainsi le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) va inciter les médecins à développer cette pratique.

B. De nouvelles compétences médiatiques pour les médecins généralistes français ?

Dès 2008 le CNOM identifie le phénomène de diffusion des informations et les nouveaux usages d'internet en santé et éditte des préconisations en matière de déontologie médicale sur le web via le Livre Blanc du CNOM. Ces préconisations seront actualisées en décembre 2011 (9). Les médecins sont ainsi incités à « adopter une attitude accompagnatrice, pédagogique, voire anticipatrice vis-à-vis des usages du web santé ». Les trois premières préconisations concernent internet en santé : mettre le web au service de la relation médecin-patients, contribuer en tant que médecin à la production de l'information en santé, faire un usage responsable des médias sociaux numériques. Le médecin est encouragé à orienter son patient vers des sites pertinents et fiables, à enrichir l'esprit critique du patient en donnant son avis sur ce qu'il aura lu et à adopter une démarche de publication en ligne.

IV. La question de recherche

A. Problématique

Nous l'avons vu : la diffusion d'informations sur la santé dans les médias est un phénomène important et croissant mais qui est ancien avec les médias traditionnels et qui a certes subi une révolution avec le phénomène d'internet au début de ce siècle mais ce phénomène n'est plus nouveau.

En cela dès que sont commencées les recherches bibliographiques (Cf Chapitre Matériel et Méthode II.C) il n'est pas surprenant de voir la grande quantité d'études disponibles sur l'information du patient et notamment concernant le web. Cependant il apparaît vite que même si un très grand nombre d'études se sont penchées sur l'impact d'internet sur la relation médecin-patient, l'intérêt est plus souvent porté au patient (son ressenti, ses attentes et son comportement) (10). Et quand l'intérêt est porté au médecin, il s'agira plutôt d'étudier son utilisation pratique des médias ou son opinion de l'attitude du patient dans la relation face à ce phénomène (10). Finalement peu d'études s'intéressent au ressenti du médecin et quand il en est question, ces études sont soit antérieures aux recommandations faites par le CNOM (4) ou antérieures à la démocratisation du smartphone, soit non françaises.

Nous avons vu l'importance de la communication médiatique actuelle dans le domaine de la santé et les médecins généralistes, en tant que médecins de premier recours, sont en première ligne face à toutes modifications de la société.

Comment vivent-ils ce phénomène et comment s'y adaptent-ils ? Que pensent-ils de la relation médecin-patient dans ce contexte ? Se reconnaissent-ils dans les nouvelles fonctions préconisées par le CNOM ?

Il semble donc actuellement intéressant d'étudier la perception qu'ont les médecins généralistes français de la diffusion des informations médiatique en matière de santé.

B. Intérêt personnel pour le sujet : le cas du Lévothyrox

L'envie de travailler sur ce sujet est issue de mon propre ressenti au cours des consultations où il était abordé le sujet du Lévothyrox® durant ma maîtrise de stage (été 2017).

Le Lévothyrox® a constitué une véritable polémique médiatisée, marquée également par une histoire judiciaire (11) avec plusieurs procès collectifs regroupant des centaines de plaintes contre le Laboratoire Merck dans plusieurs tribunaux d'instance des grandes villes de France. Des plaintes pour « non-assistance à personne en danger » ont également été déposées contre l'Agence nationale de sécurité du médicament et les ministres de la santé et de l'économie mais aussi contre des pharmaciens et des médecins.

Certaines études(12) ont cherché à comprendre cette affaire à postériori concernant le vécu des patients, l'attitude des médecins généralistes et les prises de décisions des autorités sanitaires. Mais là encore on ne s'est pas intéressé au ressenti des médecins généralistes dans cette situation, comment l'ont-ils vécue ?

Enfin le cas du Lévothyrox® n'ayant pas concerné qu'internet, mais la télévision et la presse écrite, c'est ce qui m'a motivée à ne pas restreindre mon étude au web seul mais de garder le terme général de « médias » pour ma question de recherche.

C. Objectifs

L'objectif principal de ce travail sera *d'analyser le vécu des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse dans leur pratique par rapport à la diffusion des informations médiatiques en matière de santé.*

L'objectif secondaire est de *savoir si, d'après ces médecins généralistes, il résulte de ce phénomène des modifications dans leur pratique et dans leur relation avec le patient.*

MATERIEL & METHODE

I. Choix des méthodes

A. La recherche qualitative

Notre étude s'intéressant plutôt à des données non quantifiables, la recherche qualitative est apparue comme étant la démarche la plus appropriée pour étudier les perceptions et le vécu des médecins généralistes par rapport au sujet choisi.

Il s'agit d'une approche compréhensive : « les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer. » (13).

B. La théorisation ancrée

S'agissant d'étudier un phénomène social avec des interactions entre les acteurs (médecins, patients et médias), j'ai choisi la théorisation ancrée. C'est donc la méthode d'analyse des données qui va nous aider à répondre à la question « *Que faire avec les données et comment les analyser ?* ». (14)

L'expression « analyse par théorisation ancrée » est la traduction-adaptation de la *Grounded Theory* mise en avant en 1967 à Chicago par deux sociologues américains, Glaser et Strauss. (15)

Pierre Paillé, chef de file français, nous rassure sur la démarche de théorisation qui peut paraître « redoutable » et donne la définition simplifiée de « *théoriser* » qui est de dégager le sens d'un événement et de lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation (14).

En résumé, la démarche doit être celle d'une *proposition* de théorie explicative plutôt que celle d'une théorisation avancée et c'est dans cette perspective que sera conduit ce travail.

Les principales caractéristiques de la théorisation ancrée sont : la méthode par comparaison continue (comparaison constante entre réalité observée et théorie en émergence) et la simultanéité de la collecte des données et leur analyse. Elles garantissent ainsi que la théorie est ancrée dans les données recueillies sur le terrain.

C. Le mode de recueil

1. Le Focus Group

Le recueil par *focus group* m'a semblé le plus adapté pour étudier l'interaction des médecins généralistes avec le phénomène médiatique.

En effet « la dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler les différents points de vue par la discussion » (16) autour du sujet de recherche. Le *focus group* est un « excellent outil pour comprendre les nouvelles formes de vie collective liées à la complexité contemporaine ». (17)

2. L'entretien individuel

Le recueil par entretien permettrait de compléter les données issues des *focus group* si la saturation des données ne pouvait être obtenue uniquement avec les *focus group*.

II. Travail préalable à la recherche

A. La formation : construction d'une posture de chercheur

Une fois les méthodes choisies pour répondre à la question de recherche, il a fallu se les approprier avant de débiter ce travail.

Ma directrice de thèse a participé à la formation « Initiation à la recherche qualitative, Niveau 1 » organisée par le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) à Marseille.

Durant cette formation, il lui a été conseillé plusieurs ouvrages : *Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer* de Christophe Lejeune (22) ; *L'entretien* d'Alain Blanchet et Anne Gotman (19) ; *L'entretien compréhensif* de Jean-Claude Kaufmann (13). J'ai complété cet apprentissage avec d'autres ouvrages comme *La découverte de la théorie ancrée, stratégies pour la recherche qualitative* de Barney G. Glaser et Anselm L ; Strauss et de différents articles méthodologiques (18).

Le site lepcam.fr (Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux) a aussi été un précieux outil méthodologique. (26)

L'entretien (Blanchet et Gotman) (19) parle d'une « science de l'entretien » dans laquelle la technique se doit d'être maîtrisée car l'entretien est un outil qui, bien qu'indispensable, est « de prise en main et d'utilisation réellement délicate ».

J'ai ainsi consulté aussi des articles méthodologiques sur comment mener des *focus group* (17,20)(21).

Il était ainsi porté à notre attention, comme pour les questions du guide d'entretien (Cf IV.C) de veiller à ne pas influencer les participants et de s'adapter à leur discours en utilisant des termes neutres et des questions ouvertes et de veiller à laisser les participants aller au bout de leur idée sans les interrompre. Les relances de la conversation devaient aussi favoriser le dialogue entre eux.

B. La phase de déconstruction des à priori

Pour être dans une « ouverture exploratrice » et « avoir conscience que la réalité est plurielle » (formation CNGE), nos à priori ne devaient pas interférer avec le travail d'analyse et l'interprétation des données.

Il était donc conseillé (formation du CNGE) de répondre à 7 questions (Cf Annexe 2 p83) pour prendre conscience justement de ses idées préconçues.

C. La recherche bibliographique

Contrairement à la recherche quantitative devant commencer par la recherche bibliographique, celle-ci peut être différée et réalisée au fur et à mesure dans la recherche qualitative avec théorisation ancrée pour se prémunir de ces à priori.

C'est pour respecter cela que ma revue de la littérature n'a été débutée qu'après le deuxième *focus group* et a surtout été étoffée après la dernière séance, et poursuivie même pendant la rédaction finale.

D. Le journal de bord

Il s'agit d'un outil décrit dans tous les supports méthodologiques sur la recherche qualitative en approche inductive, support de réflexivité à utiliser tout au long de la recherche.

« Rédigez dès le début de votre recherche. Que ce soit pour faire science, réfléchir, consigner, mémoriser, vous libérer l'esprit documenter, prouver, débattre, publier ou vous exercer, rédigez votre premier compte-rendu dès le départ. » (22)

Dans mon cas il s'agissait d'un petit carnet que j'avais toujours sur moi.

III. Echantillonnage

A. Echantillonnage théorique : définition

L'échantillonnage théorique n'a pas pour but d'obtenir un panel de participants représentatif de la population d'étude mais plutôt d'interroger des participants supposés concernés par la théorie émergente.(16) Le but est de faire ressortir les divergences par rapport à la question de recherche.

Ainsi définir la population cible, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, c'est-à-dire « déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose » (19) et qui vont donc prendre le statut d'*informateur* : « plus que de constituer un échantillon, il s'agit plutôt de bien choisir ses informateurs » (13).

B. Population cible

Les critères d'inclusion pour ce travail étaient :

- être médecin généraliste dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse avec une activité ambulatoire ou interne en médecine générale ayant effectué ou étant en train d'effectuer le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)
- être volontaire pour participer à l'étude.

Étaient exclus ceux qui refusaient de participer soit par leur refus clairement exprimé, soit par leur absence de réponse aux sollicitations.

C. Recrutement

Tous les moyens étaient bons pour solliciter la participation de médecins généralistes.

Les médecins généralistes ont été recrutés sur la base du volontariat par courrier à leur adresse d'exercice obtenue dans l'annuaire téléphonique et par mail, voire par sms à chaque fois que cela était possible. Il s'agissait d'une demande type (Cf Annexe 3 p84) précisant le statut de ma directrice de thèse et le mien, mes coordonnées, l'intitulé de ma question de recherche et des explications sur le principe du Focus Group.

Il a été décidé de ne pas les solliciter directement par téléphone pour leur laisser un temps de réflexion sur leur possible participation et éviter ainsi des désistements de dernière minute.

Il était prévu de fixer la date et le lieu du focus group avec ceux répondant positivement mais il était apparu ensuite que de proposer une date et un lieu dès la demande permettait aux médecins de se projeter plus concrètement dans leur participation éventuelle et donc d'avoir plus de participants. Plusieurs dates éventuelles pour la séance avaient même parfois été proposées afin de trouver la date qui réunirait le plus de participants.

Les lieux de déroulement des entretiens seraient fonction des possibilités à accueillir un groupe et des lieux d'exercice des médecins participants.

Une partie du recrutement s'est faite aussi par « bouche à oreille » de ma part, de celle de ma directrice de thèse ou même des médecins généralistes suite à leur participation à une séance.

Il a été décidé de solliciter en priorité des groupes de pairs car les médecins y participant avaient l'habitude de se réunir et disposaient souvent d'un lieu pour le faire.

IV. Recueil des données

A. Guide d'entretien qualitatif

Le Guide d'entretien correspond à un ensemble de thèmes que l'on souhaite abordés concernant le sujet d'étude. Les différentes versions des guides d'entretiens sont disponibles en annexe.

1. Construction

- *Focus group*

Au départ le premier guide d'entretien était construit en plusieurs parties en fonction des thèmes que j'avais initialement définis de façon arbitraire en m'attachant à respecter un lien supposé avec le sujet de recherche.

A noter que si les axes principaux étaient respectés et toutes les questions abordées, il existait une liberté d'animation en fonction de l'évolution du discours des participants durant les séances d'entretien.

- Entretiens individuels

Les questions pour le guide d'entretien pour les entretiens individuels avaient des objectifs différents. Certaines questions pouvaient ainsi être plus précises et plus orientées. Il fallait ainsi mieux préciser certaines idées moins développées au cours des *focus group*, voire même voir si de nouvelles idées pouvaient émerger. Avant de construire ce guide nous nous sommes référés aux réponses des questions remplies pour mettre de côté ses à priori (Cf Annexe) qui pouvaient maintenant, après la réalisation des focus group, devenir de nouvelles pistes de recherche.

2. Evolution

« Le fait de ne pas poser les mêmes questions d'un entretien à un autre pourra être un signe du progrès de la recherche plutôt qu'un défaut ». (14)

A partir du premier guide, les thèmes abordés par la suite sont fonction des nouvelles données issues de chaque *focus group*. Les questions devaient évoluer au fur et à mesure du recueil et de l'analyse des données et donc il pouvait ainsi y avoir autant de guides que de séances d'entretien.

A noter que deux questions étaient toujours présentes dans chaque version comme conseillé par la formation du CNGE. Ces questions (*Qu'est-ce que cela vous évoque « média » en matière de santé ?* et *Racontez-nous une consultation qui vous a marqué(e) et au cours de laquelle il était question d'informations apportées par les médias en matière de santé*) servaient à introduire le sujet tout en permettant aux participants de se « détendre ». Elles permettaient aussi de laisser libre cours pour permettre l'émergence éventuelle de nouveaux thèmes.

Après le premier *focus group*, nous nous sommes rendus compte que ce que l'on entendait par « média » pouvait varier d'un médecin à l'autre, donc il était proposé une même définition au début de chaque séance (Média : tout moyen, technique ou support de diffusion massive de l'information).

Les mêmes principes étaient appliqués pour les questions du guide des entretiens individuels.

B. Technique de recueil

La technique de recueil majoritaire était celle du *focus group*.

Compte-tenu des difficultés prévisibles à réunir à une même date, à une même heure et en un même lieu, plusieurs médecins généralistes, il a été prévu dès le début de compléter le recueil des données par des entretiens individuels en l'absence de saturation finale avec les *focus group* et s'il n'était pas possible d'obtenir de nouveaux participants aux entretiens collectifs.

C. Conditions de recueil

Les médecins étaient relancés par mail ou par téléphone la veille de chaque séance dans le but de limiter le plus possible les désistements de dernière minute.

Il était conseillé d'un point de vue méthodologique de toujours respecter une même séquence de déroulement pour chaque séance de *focus group*.

Pour que cela soit aussi plus pratique pour obtenir la participation des médecins, les séances ont eu lieu le soir. Il leur était proposé restauration et boissons sur place pour le côté également pratique mais aussi pour créer un climat convivial et mettre à l'aise les médecins.

La séance se déroulait toujours selon les mêmes étapes dans le même ordre. D'abord l'animateur fixait le cadre conventionnel de la démarche toujours avec le même discours où il exposait le sujet de la séance, la confidentialité de leur participation et l'utilisation qu'il serait fait des enregistrements vidéo et les grands principes du *focus group* (écouter et parler ; absence de critique et de jugement etc.). Il leur était ensuite demandé s'ils avaient des questions ou s'ils avaient besoin d'autres précisions.

Les formulaires de consentement étaient distribués et signés et les fiches épidémiologiques (âge ; sexe ; lieu et type d'exercice ; nombre d'années d'installation ; nombre de patients par semaine et utilisation ou non des rdvs sur internet) remplies.

La séance commençait par un tour de table pour que chaque intervenant puisse se présenter.

La question de conclusion était toujours la même : est-ce que les participants voyaient d'autres éléments à rajouter et qui n'auraient pas été abordés durant la séance. Cela permettait ensuite de faire évoluer le guide d'entretien.

A noter que pour favoriser les échanges, les participants étaient disposés de façon à pouvoir se regarder les uns les autres lorsqu'ils prenaient la parole.

Ce même raisonnement a été gardé pour les entretiens individuels, même si l'entretien un à un faisait que le déroulement en était simplifié.

D. Saturation des données

La fin du recueil des données serait marquée par la saturation des données, c'est-à-dire qu'il était ainsi prévu l'arrêt des séances lorsque l'analyse des *focus group* n'apporterait plus de nouvel élément.

V. Analyse des données

A. La retranscription : le verbatim

Chaque *focus group* et entretien individuel a été retranscrit au mot près et dans leur intégralité sous la forme de verbatim (compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien) qui peut comporter des caractères spéciaux (entre parenthèse dans nos résultats) pour indiquer les expressions non verbales qui consistaient à l'analyse de l'enregistrement vidéo.

Pour cela, il a été utilisé deux ordinateurs portables dont l'un diffusait la vidéo de l'entretien qui était arrêtée après chaque phrase des participants pour pouvoir la mettre par écrit sur l'autre ordinateur. En parallèle je prenais des notes sur le comportement non verbal des médecins généralistes soit directement entre parenthèse dans le verbatim soit dans mon Journal de bord.

Chaque verbatim a ensuite été relu avec une réécoute de la vidéo pour s'assurer de la fidélité dans la retranscription.

Et dans les suites de la retranscription de chaque entretien, son analyse était directement débutée.

B. L'analyse par théorisation ancrée

C'est un acte de conceptualisation qui schématise les interactions entre les acteurs d'un phénomène. (23)

Il est décrit six grandes étapes (14) devant donc toujours être en lien les unes avec les autres.

L'outil utilisé pour organiser l'analyse était le **logiciel Nvivo** (version 11), à l'utilisation duquel il a fallu aussi se former (24).

1. Codification

Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne le propos développé dans le verbatim, en gardant toujours en tête la question de recherche.

En pratique le codage consiste à extraire du texte de la retranscription des entretiens des groupes de mots, voire de phrases, et de synthétiser leur signification par un ou quelques mots. Ce ou ces quelques mots constitueront *le code* (ou unité de sens pour l'information). Ce codage simple et descriptif est dit **codage ouvert** ou étiquetage.

Il permet « d'ouvrir un maximum de pistes de recherche sans en écarter » (22) permettant d'identifier un maximum de caractéristiques du sujet de recherche dites « propriétés » (22).

Au cours de chaque temps de codage, je travaillais avec deux petites pancartes sur lesquelles étaient inscrits la question de recherche et les objectifs d'études ainsi que les deux questions à se poser face à chaque code créé : « *De quoi me parle-t-on ?* » correspondant à l'indication du sujet abordé et « *Que me dit-on à ce sujet ?* » correspondant à l'expérience sur le sujet abordé (Formation « Initiation à la recherche qualitative », CNGE).

2. Catégorisation

C'est le début de la théorie avec une autre étape de codage consistant à coder avec un outil beaucoup plus riche qui est *la catégorie*.

La catégorie est « l'outil central qui permet de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation ». (25)

Les codes étaient relus plusieurs fois, regroupés, comparés et classifiés en catégories.

Cette étape n'annulait pas la codification mais la plaçait en réalité dans un contexte explicatif plus large et plus significatif. On parle de **codage axial**.

3. Mise en relation des catégories

Cette étape était déterminante et permettait de passer d'un plan statique à un plan plus dynamique, c'est-à-dire de la description à l'explication. Il s'agit du **codage sélectif** qui articule les catégories entre elles.

4. Intégration

C'est à cette étape qu'entre en jeu l'approche hypothético-déductive où, contrairement à la recherche quantitative qui part d'une hypothèse, la théorisation ancrée part des données pour élaborer des hypothèses.

Il faut « dépasser les différents phénomènes observés pour faire émerger un phénomène général » (26).

5. Modélisation

Comme le rappelle Paillé(14) la théorisation ancrée entend par « théoriser » de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse et de les mettre en relation sous la forme par exemple d'un grand schéma sur lequel sera disposé les différents thèmes et seront signalées les interrelations existantes entre ces thèmes(16).

6. Théorisation

Cette étape résume tout le processus d'analyse et, en ce sens, elle est autant un processus qu'un résultat.

« La théorisation doit permettre de saisir la complexité du phénomène [...] tout en gardant à l'esprit qu'elle ne sera jamais achevée. »(26)

C'est une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié(14).

VI. Conditions éthiques et réglementaires

Le formulaire de consentement (Cf annexe) remis aux médecins généralistes devait être signé par chacun avant de débiter chaque séance d'entretien ou de *focus group*. Ce formulaire demandait aux participants leur accord signé à participer au projet et à être enregistrés et filmés et leur garantissait leur anonymat, la consultation des enregistrements uniquement par ma directrice de thèse et moi et la destruction définitive de l'enregistrement vidéo à la fin de l'étude.

Pour garantir l'anonymat, il était attribué un numéro à chacun dès la retranscription, dans l'ordre de leur placement de la gauche vers la droite sur l'enregistrement vidéo.

Notre démarche de recherche ne faisant pas intervenir la participation de patients, il n'a pas été demandé d'avis auprès d'un Comité d'éthique.

RESULTATS

GENERALITES

I. Caractéristiques de l'échantillonnage

62 médecins généralistes ont été sollicités par courrier dans le Vaucluse, 5 ont répondu et 3 ont participé. 12 mails ont été envoyés aux généralistes vauclusiens, la moitié d'entre eux a répondu et 4 ont participé. 72 mails ont été envoyés aux membres des groupes de pairs des Bouches-du-Rhône : j'ai eu une réponse qui était négative. 4 participants étaient des maitres de stages dont j'avais pu avoir les coordonnées. Ont aussi participé 3 co-internes de SASPAS et 2 anciennes co-internes installées. Le reste des participants a été sollicité par le « bouche à oreille », leurs coordonnées m'étant fournies par ma directrice de thèse et par des participants (maitres de stage d'internes de SASPAS, autres membres d'un cabinet de groupe etc.)

A noter que l'occasion s'est aussi présentée de pouvoir interroger en entretien individuel, un médecin de l'Hérault.

Il est difficile de définir la population n'ayant pas participé, de même que les causes ayant motivé la non-participation.

La grande majorité des médecins n'ayant pas participé n'ont pas donné suite aux différentes sollicitations. Pour ceux ayant répondu négativement, la raison donnée était un manque de disponibilité. Pour les groupes de pairs, il m'était expliqué que les séances n'avaient pas cet objectif. Deux médecins ayant répondu positivement pour participer n'avaient finalement jamais pu être disponibles.

Pour chaque séance de *focus group*, un médecin avait eu un empêchement de dernière minute, annulant sa participation. L'un d'eux a pu être interrogé en entretien individuel.

En toute fin, 25 médecins généralistes ont été interrogés. Les caractéristiques de l'échantillonnage (âge ; nombre d'années d'installation ; type d'activité ; nombre de patients par semaine et utilisation ou non de rdv sur internet) sont disponibles en Annexe 4 (p85).

II. Caractéristiques des entretiens réalisés

Les 4 *focus group* se sont déroulés entre novembre 2017 et mai 2018 et les 3 entretiens individuels entre juin et juillet 2018. Leurs caractéristiques (durée ; nombres de participants ; lieux et date) sont en Annexe 5 (p85).

III. Saturation des données

La saturation théorique des données était obtenue à partir du 4^e *focus group* puis complétée par les entretiens individuels.

RESULTATS DE L'ANALYSE

I. Une perception ambivalente

Les médecins participants ne pouvaient évidemment pas être classés simplement en deux groupes selon une perception positive ou au contraire négative des médias. La perception de chacun était en fait ambivalente. Et parfois dans un même thème concernant l'objet d'étude, on pouvait retrouver cette ambivalence.

Certains l'admettaient facilement : « MG25 : *C'est pour ça, qu'au tout début sur la première question, il y a l'ambivalence. Il y a le média qui nous met en difficultés et il y a (Fait un geste à la droite puis à la gauche) le média qui vient apporter quelque chose.* » (E13 p6) ; « MG7 : *Euh...Moi je reste ambivalent sur les histoires de médias.* » (FG1 p18)

Alors que pour d'autres, on retrouve cette même ambivalence par le fait d'exprimer à la fois un vécu positif et négatif au cours de l'entretien mais sans qu'elle soit vraiment reconnue : « MG18 vers MG22 : *Oui, mais internet tu peux y aller et le patient ne le voit pas.* ». (FG4 p30)

A. Un impact positif sur la pratique

1. Aide : Se sentir secondé dans ses fonctions

Les médecins généralistes se sentaient aidés par les médias dans leur fonction. Ceux-ci pouvaient même être un véritable soutien, comme par exemple dans la fonction de prévention.

a. Impact doublement positif des campagnes de prévention et de dépistage

Les médecins participants décrivaient un impact positif des grandes campagnes, d'une part sur les patients avec un rôle éducatif important et ce dans différents domaines, et d'autre part sur leur pratique.

« MG25 : *Quand les patients viennent nous solliciter sur de la prévention [...] là pour moi, c'est de la communication, c'est du média qui est aussi positif et qui va favoriser la prise en charge.* » (E13 p7)

- Campagne pour limiter la prescription des antibiotiques : Rôle éducatif important

Les bénéfices apportés par cette campagne étaient souvent abordés au cours des entretiens et reconnus comme très bénéfiques.

« MG17 : *Pour les antibiotiques, il y en a quand même beaucoup je pense qui ont compris que je n'en mettrai pas facilement et euh...il en reste peu à qui je dois passer du temps à expliquer.* » (FG3 p36)

« MG8 : *Oui, c'est vrai que les campagnes médiatiques bien faites comme pour les antibiotiques, je ne sais pas vous si vous avez vu la différence avant/après ? [...]* » (FG2 p37)

« MG10 : *Oui, parce qu'il y a 20 ans, c'était un enfer. Tu t'installais... je te promets qu'un patient sur deux revenait en gueulant, par exemple si j'avais vu la mère avec l'enfant, le père revenait et exigeait l'antibiotique. C'était l'enfer sur Terre. [...]*

- MG9 : *Oui parce qu'il y a eu une grosse, grosse différence au niveau des habitudes des patients.* » (FG2 p38)

La campagne avait aussi eu un impact positif sur l'automédication : «MG20 : Enfin moi, je le vois, je fais ma thèse sur l'automédication et parmi les médicaments qui sont consommés, il y a très peu d'antibiotiques. » (FG4 p28)

Et les médecins interrogés reconnaissaient même que cette campagne avait eu aussi une influence positive sur leur pratique en pointant le fait de devoir être plus attentifs dans la prescription d'antibiotiques.

« MG20 : Donc je pense que les campagnes, dans une certaine mesure, ont quand même eu un impact sur la population et sur notre pratique. Donc au final pour le coup, les médias ont eu un rôle de prévention qui a fonctionné à double titre.

- MG22 : Oui, comme nous sur notre pratique. » (FG4 p28)

- Campagne de prévention sur les AVC : Amélioration des délais de consultation

« MG10 : [...] quand ils ont commencé à thrombolyser les AVC ischémiques, il y a moins de 10 ans, ils ont fait des campagnes de presse et il y a eu dans La Provence des pages là-dessus. C'était bien. Parce que l'on voyait encore des gens qui attendaient le médecin le lendemain 8h pour dire « tiens je suis hémiparétique depuis hier matin ». Là il y a eu une campagne des médias qui a été importante sur les gens pour un rôle éducatif. » (FG2 p37)

« MG12 : Après, au niveau média, ils faisaient un truc sur l'AVC à un moment « Appeler le 15 si... ». Et ça peut marcher ça !

- MG14 : Oui, il y avait des affiches non ? Dans le métro, je crois non ? » (FG3 p13)

- Campagne de dépistage pour les cancers : Amélioration de la participation des patients

« MG16 : Les campagnes de dépistage faites par le Gouvernement, que ce soit sein ou colon.

- MG14 : Et ça, c'est plutôt bénéfique... » (FG3 p11)

« MG23 : [...] c'est vrai que, dans les médias, ils parlent aussi de tout ce qui est prévention et ça, c'est quand même bien. Il y a les campagnes pour les Hémo-cults, pour le dépistage de plus en plus, du cancer du sein et tout ça. Et même là, je ne sais plus sur quelle chaîne, mais il y avait quelque chose sur l'alcool ou le tabac, que c'étaient les premiers facteurs de risque pour les cancers ». (E11 p2)

- Campagne de précautions face à la grippe

« MG9 : Avec les messages « il ne faut pas se tousser dans les mains, se laver les mains quinze fois par jour »

- MG8 : Ou jeter son mouchoir.

-MG11 : Mais ça c'est très bien. C'est bien pour les gens ça... » (FG2 p35)

b. Facilitation de la pratique

Les médias rendaient aussi leur exercice plus facile en fournissant différents outils sur lesquels ils pouvaient souvent s'appuyer quotidiennement.

« MG2 : [...] c'est au moins 2 ou 3 fois par jour que l'on va utiliser l'écran de l'ordinateur pour montrer, le tourner...Il est certain que, quand l'écran ne marche pas, cela va modifier la consultation car on l'utilise pour montrer, on l'utilise pour chercher. » (FG1 p5)

- Pouvoir faire des recherches sur Internet

Internet apparaissait comme une source d'informations pour les patients mais aussi pour les médecins interrogés. Pouvoir faire des recherches grâce à Internet aussi rapidement et facilement en faisait un véritable outil utile, voire même indispensable à leur pratique.

MG9 parle d'un « *outil extraordinaire et [...] facile* ». Pour MG23 : « *heureusement que cela existe parce que, sans internet, on ne ferait plus grand-chose.* » Et beaucoup disaient l'utiliser pluri-quotidiennement.

Ils déclaraient utiliser ainsi internet autant pour des pathologies rares qui leur étaient mal connues que pour rafraîchir leurs connaissances dans différents domaines. Et la plupart n'hésitaient pas à faire ses recherches directement pendant la consultation, en face du patient.

« *MG13 : [...] Moi, je suis la première pour un truc que le patient me dit et que je ne connais pas, je regarde sur internet ! [...] sur des pathologies hyper rares où le patient, il te dit « vous savez ce que c'est ? ». Euh, pas du tout...là je regarde ! (Fait semblant de taper sur son clavier)* » (FG3 p15)

« *MG20 : [...] Je m'en sers pour moi pour Antibioclic et regarder les posologies sur la CBIP* » (FG4 p29)

Internet pouvait être un élément rassurant durant les consultations : « *M23 : Quand je prescris pour l'instant je vais toujours voir sur internet. Bon après, j'ai mes sites [...]. Moi, ça m'aide vachement internet ! [...] Et ça me rassure.* » (E11 p5)

D'autres n'ayant pas pris cette habitude au début de leur pratique, reconnaissaient utiliser également Internet, mais plutôt en dehors de la consultation (MG4, MG11, MG9).

- Applications d'aide thérapeutique

Les médecins reconnaissaient ensuite la simplification de leur pratique par les médias.

« *MG10 vers MG9 : Tu te rappelles en garde ? On avait des poches c'était des... (Met ses mains de chaque côté des hanches).*

- *MG11 : Ah oui, des poches toutes bourrées de livres. Avec le Dorosz. [...]*

- *MG10 : Alors que maintenant tu vois, tu as des applications incroyables.* » (FG2 p22)

« *MG7 : [...] pour calculer le risque cardiovasculaire, calcul en ligne. J'ai plein de trucs sur lesquels je vais me connecter sur l'ordi' ouais.* » (FG1 p4)

Certains reconnaissaient qu'il existait actuellement un accès plus fluide et plus pratique aux connaissances et aux données utiles à la pratique et ceci grâce aux outils médiatiques maintenant disponibles, notamment grâce au smartphone qui les réunit toutes.

« *MG11 : Non, mais après, on cherchait chez nous le soir quoi. (Rit).* » (FG2 p22)

- Accès à toutes les connaissances réunies sur le Smartphone

« *MG8 : Oui, le Vidal dans le portable, c'est quand même pratique. [...] Moi, je le sors tout le temps hein.* » (FG2 p23)

- Pouvoir montrer des images sur internet au patient

Internet permettait aux médecins de faciliter leur diagnostic ou d'améliorer leur prise en charge par le fait de pouvoir montrer rapidement pendant la consultation certains éléments aux patients.

« *MG3 : Oui, pour les photos ! Pour leur montrer [...] Quand ils décrivent des boutons ou je ne sais quoi, tu penses à un truc et, tu veux confirmer avec eux ce qu'ils ont pu voir, parce qu'ils n'ont pas pris la photo à ce moment-là. Tu leur montres (geste de tourner un écran) est-ce que cela ressemblait à ça*

? [...]

- MG1 : *Je sais que moi, je fais comme MG3. Pour la dermato' [...] Généralement ça aide bien. » (FG1 p5)*

« MG21 : *Moi, les images et les photos. Quand le gamin, il a une varicelle, s'il y a un bouton...moi pour la dermato' j'aime bien leur montrer les photos.*

- MG19 : *Oui, moi aussi. » (FG4 p29)*

- Utiliser internet pour convaincre le patient

MG18, dans son activité de tabacologie, utilisait internet pour montrer les recommandations aux patients récalcitrants à prendre des substituts nicotiques : « *Moi, je m'en suis servi aussi pour faire juge de paix parce qu'il y a des vieux cardiologues, et alors toi quand tu es une jeune tabacologue face à l'aura du vieux cardiologue qui a dit que le patch, c'était hyper-dangereux, que cela faisait faire des infarctus...Comment tu fais ? [...] ben, tu dis, écoutez, on va regarder sur l'HAS [...]* ». (FG4 p29)

c. Participation à la vigilance des patients et des médecins

Il était abordé le sujet du Médiateur® où les médias ont été les premiers à avertir du danger de la prescription de ce traitement : « *MG22 : [...] c'est bien de le faire ; comme ça, les gens sont prévenus et ils éviteront d'en prendre ou qu'on leur en prescrive [...]*. » (FG4 p22)

Ils considéraient l'intérêt de la presse régionale dans leur vigilance : « *MG10 : Moi, La Provence, je le trouve assez porteur. [...] C'est vrai que cela entraîne des consultations. Par exemple à Cavaillon, il y a une petite qui est décédée de la méningite, il y a quelques années, ils l'ont dit. Alors, tu te dis bon, oui, vaut mieux le dire finalement parce que c'est quand même des petites épidémies, il y a peut-être des sujets-contact qui vont se signaler. C'est un effet bénéfique ça du média.* » (FG2 p18)

d. Education à la santé

Les médecins admettaient l'apport au grand public via les médias d'informations de qualité sur la santé, permettant d'éduquer le patient.

« *MG10 : La santé publique quoi. Ce qui passe par le média si c'est porteur, finalement, c'est bien. [...]*

- *MG11 : Et ça, cela nous aide et ça nous soulage même. » (FG2 p38)*

Ils reconnaissaient un bénéfice de certaines émissions télévisées sur la santé.

« *MG22 : C'est vrai qu'en général, ces émissions sont d'un bon niveau, sont très bien faites.*

- *MG20 : Et c'est sur les chaînes publiques. » (FG4 p13)*

« *MG17 : En tout début d'après-midi sur France 5 aussi, Michel Cymes.*

- *MG16 : Oui lui, c'est plutôt bien. » (FG3 p3)*

Les médias faisaient même l'effort actuellement d'apporter une information sur la santé la plus fiable possible : « *MG22 : Les médias ont quand même fait des efforts pour se mettre à l'unisson de ce que disent les médecins et ils prennent de plus en plus conseil auprès de certains spécialistes. Et on entend de plus en plus, je trouve personnellement, des reportages qui sont quand même assez bien construits avec des informations claires, précises, nettes. Ils essayent d'éviter les erreurs [...]*. » (FG4 p5)

e. Pouvoir s'appuyer sur ces nouvelles possibilités d'éducation

Les informations des médias dans le domaine de la santé permettaient une forme d'éducation sans l'intervention du médecin et celui-ci peut l'utiliser à son avantage et dans l'intérêt du patient.

- Gain de temps dans le rôle d'informer

Il était reconnu que cette éducation sur la santé permise par les médias permettait aux médecins de prendre moins de temps pour informer le patient. Ils reconnaissaient même que, sur certains sujets, les médias étaient plus efficaces qu'eux pour faire passer certains messages :

« MG20 : Comme pour la lombalgie. La campagne de l'Assurance maladie sur la lombalgie comme quoi il faut bouger, ben, c'est bien parce que, nous, cela nous permet aussi d'avoir notre message parce que les gens, très souvent, ils sont là « ben non je ne peux pas bouger, je ne fais plus rien ». » (FG4 p28)

« MG10 : Mais sur les petites choses, ça m'arrive de leur dire d'aller sur internet [...]. Et ça me repose ! [...] Tu vois par exemple pour le Pityriasis rosé de Gibert, si ça me fatigue d'expliquer, j'écris le mot sur un truc et je leur dis : « ben, allez voir et vous saurez tout comme moi ». (Sourire vers MG8). Tu vois, ce genre de truc où ça te fatigue en fin de journée d'expliquer. » (FG2 p28)

- Consulter les mesures hygiéno-diététiques et des conseils sur Internet

« MG11 : Oui, par exemple pour les régimes. [...] »

- MG9 : Oui, pour les diabétiques, pour le régime, ben je leur dis : « vous tapez « diabète » sur internet. » (FG2 p28)

« MG6 : Moi, cela va être plutôt aussi pendant la consultation pour chercher des informations qui me manquent ou des conseils. Les conseils aux voyageurs, quand je veux savoir ce qu'il faut qu'ils aillent voir, ce genre de chose. » (FG1 p5)

- Education pour les pathologies chroniques

« MG1 : Moi, j'avais fait ma thèse dessus, donc ça aide un peu. Pour les patients diabétiques, c'est vrai qu'ils ont pas mal de sites qui sont assez bien documentés et du coup, quand ils y vont, ils connaissent très bien leur pathologie, ils savent les règles hygiéno-diététiques qu'ils vont suivre et du coup, c'est vrai que ça aide. Ça aide pour les traiter en fait tout simplement. Comme ils sont bien informés de leur maladie, ils savent bien comment ça se passe, ils savent bien leur traitement, comment ça fonctionne et du coup...ça aide. » (FG1 p14)

« MG22 : Moi cela m'arrive [...], pour certains patients qui sont un peu chroniques et pour certaines pathologies, de leur imprimer moi-même des articles et de leur donner lors de la consultation suivante et de leur dire « ben tenez plutôt que de longues explications, lisez-ça et vous en saurez autant que moi ». » (FG4 p29)

Et ils reconnaissaient que cette nouvelle façon de permettre aux patients de s'informer était permise par le développement d'Internet :

« MG10 : Voilà. Ça, on ne le faisait pas avant finalement, au temps des livres.

- MG11 : Et oui, tu vois finalement. » (FG2 p29)

- Pour convaincre les patients sur un sujet

« MG25 : Dans les grandes discussions par rapport au Papilloma virus : www.papillomavirus.com. Et je leur dis que c'est un site qui est sous la forme d'une foire aux questions où vous avez toutes les réponses des experts par rapport à ça. Vous le lisez et vous revenez en discuter si vous avez d'autres

questions. Et la plupart du temps cela s'est terminé sur une vaccination donc ça me va bien (Sourire). » (E13 p5)

f. Limites

Néanmoins, les participants pondéraient parfois leurs propos en reconnaissant le fait qu'il s'agissait d'une aide seulement lorsque les informations apportées par les médias allaient dans le sens de leur avis médical, ce qui n'était pas toujours le cas.

« MG7 : Et ben, quand ils vont dans le même sens que nous, c'est pratique. [...] Là, il y eu des articles avec tous les médicaments dangereux et les gens sont venus me voir en me disant qu'ils ne savaient pas que l'Hexaspray® c'était dangereux. Je leur ai dit : ben, vous voyez, c'est plus la peine d'en acheter. Joie et bonheur.

- MG3 : Si tout était comme ça ! (Rires collectifs) » (FG1 p14)

2. Rôle de révélateur du profil des patients

a. S'autoriser à s'exprimer pour le patient

Certains médecins avaient développé le concept selon lequel, les patients pouvaient profiter des informations médiatiques pour légitimer une plainte ou s'autoriser à exprimer leur ressenti en utilisant cet alibi.

« MG10 : [...] c'est une femme que je vois depuis 15 ans, avec son mari, sa mère dont elle s'occupe à mon sens trop etc...ces enfants etc...Et alors elle a profité du Levothyrox pour exprimer toute sa souffrance en fait. Parce que ça fait 15 ans que je passe à côté de sa souffrance, parce qu'elle donne le change tout le temps, elle sourit tout le temps, elle est agréable, elle ne se plaint jamais. [...] En fait elle avait besoin de dire toute cette souffrance qui était réelle en fait...

- MG11 : Et cela lui a permis de le faire... » (FG2 p4)

« MG20 : Même si des fois, il y en a qui arrivent avec toute leur liste et en disant c'est comme ci, c'est comme ça...Et en vrai, en parlant, on désamorce un peu les différentes problématiques et des fois je trouve que l'on arrive même un peu à comprendre le pourquoi du comment qui finalement...enfin le sujet initial qui a été lancé. C'est souvent l'arbre qui cache la forêt et qui finalement aborde une problématique qui est complètement différente de celle amenée initialement par le patient en consultation. » (FG4 p18)

MG10 parlait même de « révélateur de personnalité » permettant de « réactualiser » les données du médecin sur ses patients.

Nous allons voir que c'est dans cette optique de patient révélé à son médecin généraliste grâce aux médias que ce dernier devait, dans les cas où un patient abordait des informations issues des médias, être attentif à trouver le motif caché (Cf III.A.3).

b. Répondre au besoin du patient de se sentir compris

Dans ce concept de médias révélateurs du profil des patients, les médecins pensaient que, si les médias permettaient aux patients de s'exprimer, c'était parce qu'ils se reconnaissaient dans les faits relatés, ce qui pouvait être rassurant. Les informations des médias faisaient ainsi écho à leur vécu, et

ils ne se sentaient plus seuls dans leur expérience.

Cette idée était bien illustrée par les consultations concernant le Levothyrox® :

« MG2 : Et surtout ce qui l'a beaucoup interpellé, c'est qu'il a vu une émission sur France 2 où quelqu'un expliquait avoir exactement les mêmes symptômes que lui (Sourire vers DT, sourire de MG3 vers MG4 qui sourit aussi). [...] Là, sa phrase (Lève les yeux au ciel), c'est : « Il avait les mêmes symptômes que moi ! (Imite un patient fasciné) » » (FG1 p2)

Les patients avaient la volonté d'appartenir à un groupe partageant le même mal-être.

« MG8 : J'en ai 2-3 « ben, je comprends pas, vous êtes sûre que j'ai le nouveau Levothyrox® ? Parce que moi je n'ai rien ». Enfin, il y en avait qui étaient très contentes de me dire que tout va bien mais il y en a quand même 1 ou 2 qui se sentaient presque exclues... » (FG2 p6)

« MG22 : Il y a les gens qui ont lu ça et qui disent « j'ai lu ça et je pense que j'ai le même problème. » En tout cas [...] c'est parce que ça les touche, voilà...Je crois que ça, c'est le bon rôle des médias. » (FG4 p12)

c. Ouvrir le dialogue avec le médecin

L'autre point positif des médias était la libération des sujets tabous permettant aux patients d'oser les aborder avec leurs médecins, ce qui permettait de mieux les comprendre et de mieux les prendre en charge.

« MG22 : [...] c'est une manière aussi pour les gens d'ouvrir le dialogue quoi, de poser des questions euh... » (FG4 p16)

« MG16 : Ça peut ouvrir le débat aussi. » (FG3 p24)

« MG22 : Les hommes parlent aussi beaucoup plus qu'avant, c'est dans l'air du temps mais c'est quand même les médias qui ont valorisé ça, des troubles de l'érection. On en a de plus en plus maintenant. Les gens osent en parler parce que les médias en ont parlé, parce qu'on en parle dans les films. Ça, c'est devenu moins tabou et on en parle plus facilement. [...] » (FG4 p12)

3. Meilleure reconnaissance du métier

Le fait qu'était régulièrement traité dans les médias le sujet de la pénurie de médecins avait un effet bénéfique sur la perception de la profession qu'avaient les patients.

- Une meilleure considération

« - MG10 : Enfin là, les médias, là où ils nous servent aussi en ce moment [...], c'est qu'effectivement comme ils n'arrêtent pas de dire qu'on n'est plus là, qu'il n'y a plus personne, qu'on ne veut plus s'installer et tout. Je trouve que c'est remonté d'un cran le...le respect. [...] »

- MG11 : Une reconnaissance. » (FG2 p30)

- Une meilleure utilisation des visites à domicile

« - MG10 : L'autre fois, j'ai fait une visite chez des gens, parce que c'était légitime. Euh, ils m'ont vraiment remercié d'une façon quoi, ça faisait longtemps... [...] »

- MG9 : Ah ouais, maintenant quand tu vas à domicile... » (FG2 p30)

4. Favorise les échanges entre confrères et l'unité des pratiques

Les médias permettaient actuellement une unité de pratique pour les médecins en favorisant les échanges et la communication entre eux (recommandations nationales et internationales consultables par tous sur internet ; échange de protocoles ; possibilité de vidéoconférences etc.).

- Forums d'échanges de cas cliniques entre praticiens

« MG17 : Moi je vais voir [...]. Si, moi j'aime bien un petit peu savoir à quoi certains médecins ont été confrontés comme problèmes parce que je me dis que cela peut m'arriver. » (FG3 p28)

- Amélioration de la communication entre confrères

Les médecins l'évoquaient pour la prise en charge des cancers : « MG10 : Et maintenant je leur dis « écoutez, avec internet etc. les équipes qui bossent à Sainte-Catherine, elles bossent aussi avec Montpellier ou Marseille. C'est le même boulot. [...] » (FG2 p39)

B. Complications et difficultés dans la pratique

Les médecins généralistes avaient aussi une mauvaise image des médias pour les difficultés qu'ils pouvaient engendrer et l'impression qu'ils compliquaient ainsi leur pratique.

1. Une image négative des informations médiatiques

a. Désinformation

Si, nous l'avons vu, les participants reconnaissaient l'amélioration de la qualité de l'information en santé délivrée par certains médias, ils déploraient aussi le fait de constater des informations jugées fausses dans ce domaine et qu'ils dénonçaient comme étant de la désinformation.

- Informations fausses

« MG2 : C'est parce qu'une information, c'est peut-être une non-information, c'est de la rumeur quoi en fait. » (FG1 p7)

« MG9 : Je trouve que c'est souvent pipé. » (FG2 p1)

« MG8 : Moi les médias...Moi l'impression que cela me fait toujours quand j'entends les infos, que ce soit la télé ou à la radio, c'est que maintenant que j'ai étudié la médecine et que je sais à peu près de quoi on parle quand les médias parlent de médecine (MG11 : Ouais), on se rend compte du nombre incroyable de choses fausses qu'ils sont capables de propager au grand public. » (FG2 p2)

« MG16 : Ce qu'il y a sur facebook [...] qui ne diffuse pas forcément des bonnes idées. » (FG3 p1)

Il était décrit aussi comme problématique la publicité dans le domaine de la santé :

« MG17 : Il y a toujours des petits articles en pub. Soigner ça avec ça, soigner le cancer avec une plante. » (FG3 p15)

« MG18 : Je trouve que c'est particulièrement problématique les revues qui ont des rubriques Bien être. C'est toujours elles avec lesquelles c'est le pire des informations. Les problèmes, cela ne vient pas du Monde ou du Figaro, cela vient de Marie Claire et compagnie. » (FG4 p5-6)

- Inadéquation entre informations médiatiques et le vécu dans leur pratique

Cette impression de désinformation par les médias était renforcée pour les participants par le fait de constater une inadéquation entre leur vécu dans leur pratique et ce qui était dit de cette pratique dans les médias.

Prenant l'exemple de l'épidémie de grippe pour illustrer ce fait :

«MG9 : [...] mais c'est comme l'épidémie de grippe, est-ce que vous avez vu beaucoup de gripes ? de vraies ?

- MG10 et MG11 : Non. [...]

- MG9 : Et pourtant tout le monde nous dit vous devez être débordés de gripes ! » (FG2 p35)

- Absence de validité scientifique

Pour les médecins, le problème de communication d'informations sans validité scientifique provenait surtout des réseaux sociaux :

« MG16 : Moi ce qui m'embête, c'est surtout que tout le monde peut diffuser des idées sur la santé, sans avoir de qualité de...

- MG17 : De contrôle. » (FG3 p2)

« MG17 : Après personne ne vérifie les sources...

- MG14 : Oui, ça c'est sûr. (MG12 hoche la tête). » (FG3 p15)

Les patients pensaient être bien informés, à tort, notamment sur la vaccination :

« MG23 : Alors ce qui m'a marquée, c'est quand j'étais en stage chez un pédiatre libéral, le nombre de parents qui étaient contre les vaccins sans avoir vraiment d'arguments et parce que voilà, ils ont entendu qu'ils y avaient des effets secondaires et machin, mais sans être bien informés, sans savoir de quoi ils parlent quoi. » (E11 p1)

b. Impression de fermeture du débat par les médias

La façon d'informer des médias, en alimentant le débat uniquement dans un sens ou en cherchant à influencer l'opinion, entraînait l'impression chez les médecins de ne pas pouvoir débattre de certains sujets avec leurs patients.

- Information unilatérale

Concernant la vaccination et la modification du calendrier vaccinal en 2018, ils donnaient leur impression d'une information unilatérale dans les médias :

« MG14 : Oui et puis pour les 11 vaccins obligatoires, ils n'ont jamais exposé quels étaient ces maladies ou quels en étaient les risques. Juste point (Fait un signe brusque avec la main sur la tranche) c'est obligatoire. » (FG3 p6)

« MG22 : Alors justement, ce que les médias ne font peut-être pas assez, c'est que c'est un peu soit tout noir soit tout blanc, c'est de la dichotomie [...] » (FG4 p7)

- Capacité d'influence

Ils parlaient aussi de la façon dont étaient abordées certaines informations où les médias ne donnaient pas une information impartiale mais cherchaient à influencer l'opinion :

« MG8 : On parle « d'effets secondaires » pour le Levothyrox alors que par exemple il n'y en a pas.
-MG 11 : Oui. » (FG2 p2)

Pour les médecins, les médias avaient un parti pris dans l'information qu'ils donnaient :

« MG20 : En pratique, moi, je trouve que les médias ne cherchent pas forcément à relayer l'information mais plutôt à créer le buzz en se basant sur un échantillon, qui n'est pas nécessairement représentatif de la population, pour créer une polémique. » (FG4 p8)

« MG12 en souriant vers MG13 : Oui, que c'est à cause de l'industrie pharmaceutique, parce que le vaccin DTP n'existe pas tout seul et compagnie (Fait des gestes de moulins à vent avec ses mains) [...] Mais par contre, personne n'avait entendu dire que c'était parce que, plus il y avait de monde vacciné, plus les maladies disparaîtraient. Euh ça ! (Ouvre des grands yeux)

- MG16 : Et en plus que les 11 vaccins, on les faisait déjà quoi ! [...]

- CP : Et quel serait le lien avec les médias dans ce cas-là ?

- MG16 : Ben, c'est le chiffre en fait. Voilà 11 vaccins (insiste sur « 11 ») ça fait peur, ça fait un gros chiffre. » (FG3 p5)

c. Une information qui n'est pas au service du patient

« MG20 : Ce qui est pour moi très problématique, c'est qu'au final, on ne se soucie en aucune façon du patient. » (FG4 p6)

Ils dénonçaient aussi le double jeu que pouvaient parfois jouer les médias, comme par exemple dans l'affaire du Médiator®.

« MG9 : Mais là aussi, à l'époque du Médiator® où les patients venaient nous le demander, pourquoi ils venaient nous le demander ? Parce que dans les médias, on parlait du Médiator® et on nous le demandait et il fallait se battre pour ne pas leur donner !

- MG10 : Tout à fait. [...]

- MG8 : Les médias disaient que c'était un bon médicament pour maigrir et ils venaient le réclamer. » (FG2 p27)

2. Informations vectrices d'angoisse

Par différents aspects, les informations des médias pouvaient être anxiogènes pour les patients.

a. Génération de la peur

De nos jours, il y avait une anxiété permanente dans la population, entretenue par les médias.

« MG22 : Et ça, cela génère beaucoup de peur et d'ailleurs cela se ressent. Moi, je trouve dans le langage parlé, les gens disent tout le temps maintenant, même pour des conneries « j'ai peur ». « J'ai peur de ci, j'ai peur que cela n'aille pas ». Ils ont peur. Je trouve que l'on est une génération de la peur. » (FG4 p20)

- Angoisse sur la santé générée par les médias

Si la facilité d'accès aux informations par le biais des médias (passage des livres à internet par exemple) était décrite comme simplifiant la pratique du médecin (Cf I), cet accès plus facile n'était pas toujours bénéfique pour les patients.

« MG16 : Oui, puis l'information est tellement facile, c'est-à-dire que l'on a un accès tellement rapide en tapant sur internet, que tout le monde peut très vite s'inquiéter et peut très vite consulter pour ça... » (FG3 p13)

« MG22 : [...] mais c'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens angoissés par leur santé, pour des problèmes de santé parce que [insiste sur ce mot] je pense les médias en parlent beaucoup. » (FG4 p19)

Si les médecins dénonçaient les médias comme étant responsables d'angoisse chez les patients, ils reconnaissaient de façon assez unanime que certains patients étaient plus sensibles que d'autres, notamment les profils « d'anxieux » : « MG10 : [...] Ceux qui avaient envie d'avoir peur... Ils se trouvaient toujours un moyen pour se...pour s'alimenter la peur. » (FG2 p15)

- Exagération et dramatisation

Pour les médecins, les médias généraient d'autant plus d'angoisse qu'ils avaient tendance à s'intéresser plutôt à ce qui était grave et spectaculaire, même dans le domaine de la santé, et avaient dans ce sens souvent une attitude alarmiste.

Certains médecins évoquaient ce phénomène d'exagération avec humour :

« MG12 : Mais de toute façon, le truc banal, même une angine je crois, sur internet ça se transforme en cancer ! » (FG3 p12)

« MG16 : [...] une masse, c'est toujours un cancer sur internet ! » (FG3 p12)

Cette tendance à exagérer s'expliquait par le fait que la démarche d'information des médias n'était pas désintéressée.

« MG21 : Après il y a médias et médias. Par exemple la télévision c'est un média de masse donc ils sont un peu obligés de faire du sensationnel [...]. Pour avoir de l'audimat, pour attirer les gens. » (FG4 p2)

- Diabolisation de certains traitements

Prenant l'exemple des statines :

« MG8 : En fait j'ai eu plusieurs personnes qui m'ont dit « ah vous n'avez pas vu cette émission ? [...] - MG9 : C'était celle où on disait que c'était bon d'avoir du cholestérol ou un truc comme ça, c'est ça ? [...] Ah ben oui, les statines, c'est le diable ! » (FG2 p8)

- Autodiagnostic : une angoisse surajoutée au patient

La possibilité pour les patients de pouvoir essayer par internet de faire eux-mêmes leur diagnostic était une autre source d'angoisse majeure pour eux.

« MG1 : C'était aux urgences où une maman était venue paniquée. Elle amenait son fils qui avait des céphalées au niveau de la nuque et elle est allée sur internet et elle était persuadée qu'il avait une

méningite, parce que c'était derrière. Sauf qu'il n'avait pas de fièvre en fait. [...] elle était quand même très inquiète. » (FG1 p4)

« MG12 : [...] c'est vrai l'autodiagnostic. [...] J'ai une patiente qui est venue en pleurant à mon cabinet avec sa prise de sang parce qu'elle avait une petite cytolyse. Et elle a tapé sur internet et elle venue, vraiment dévastée, en me disant « Docteur j'ai un cancer ».

- MG16 : C'est classique ça... » (FG3 p12)

« MG14 : [...] il me fait (Prend un air figé pour l'imiter) « Je crois que j'ai une sclérose en plaques ». Et pareil, complètement paniqué par sa sclérose en plaque « j'ai une sclérose en plaque, je l'ai vu sur internet ». » (FG3 p12)

b. Impact anxiogène global

En dehors de l'angoisse liée aux données sur la santé, il était décrit que les informations médiatiques dans d'autres domaines n'ayant pas de lien avec le domaine médical, avaient finalement un impact sur la santé par l'anxiété globale générée.

« MG22 : Déjà, on a nos propres problèmes mais on sait aussi qu'il y a Trump et Kim-machin qui peuvent se taper sur la gueule, alors qu'autrefois, je n'y étais pas bien sûr, mais je pense que les gens avaient les informations qui étaient filtrées par simplement le journal, par le temps que mettaient les informations pour arriver. [...] je pense que les gens sont tellement en prise directe avec l'ensemble du monde, alors que déjà ils ont du mal à gérer leur famille ou les problèmes de leur village, ils sont inondés d'influx anxiogènes. » (FG4 p20)

« MG2 : Je me rappelle d'une patiente qui vient et qui me dit : « je suis très inquiète parce que mon petit-fils, il va partir en Corée. » (FG1 p6)

3. Création de motif de consultation

Ce climat d'angoisse, souvent issu des médias, poussait les patients à consulter et cette angoisse avec les questions suscitées était parfois un motif de consultation à part entière.

« MG20 : Ah ben oui ! Le média génère une inquiétude et donc le patient vient consulter par rapport à cette inquiétude générée. » (FG4 p11)

Les médias suscitaient aussi de nombreuses questions chez les patients, questions pour lesquelles ils étaient amenés à venir consulter.

« MG1 : Parce que les gens posent pas mal de questions sur ce qu'ils ont entendu, soit à la télé soit sur ce qu'ils ont lu. Et ils viennent nous questionner par rapport à ça. » (FG1 p1)

« MG3 : Et, à chaque fois, c'est l'actualité qui nous les ramène au cabinet finalement... » (FG1 p6)

« MG6 : Enfin...Ils viennent à moi pour me dire ce que je pense de ce site, je regarde et je leur dis ce que j'en pense [...]. » (FG1 p16)

« MG17 : Genre, elle te demande et ça vous pensez que ça marche ? [...]

- MG12 : Oui et vous en pensez quoi docteur...Et bien à part se ruiner... » (FG3 p9)

Il sera expliqué par la suite que, même si les médias entraînaient des motifs de consultation, cela permettait de rester dans la relation avec le patient, ce qui, par le fait de chercher à avoir l'avis de du médecin face aux informations médiatiques, valorisait la relation de confiance (Cf Modélisation p69).

4. Création de conflits patient-médecin

Les médias, par leur recherche du conflit, étaient accusés de compliquer la relation du médecin avec le patient.

« MG20 : Parce que les médias vont un peu mettre le feu aux poudres et puis derrière, cela ne suit jamais et nous, on est très embêtés. En tant que médecin, je pense, et même en tant que patient. » (FG4 p13)

- Création d'un climat de méfiance

« MG13 : Moi, je trouve aussi qu'il y a de plus en plus de réticences face à toutes les industries pharmaceutiques. Les patients sont de plus en plus méfiants. Euh du coup, c'est vrai que pour la prise en charge, ils questionnent de plus en plus sur euh, sur tous les médicaments, ce qu'ils prennent, s'il est nécessaire qu'ils le prennent, quels sont les effets secondaires etc... » (FG3 p2)

« MG7 : Oui. Ben oui, quand 'y a quelque chose là comme en ce moment sur le vaccin, euh...des gens qui ne sont pas euh...pas convaincus de l'utilité du vaccin [...] et ils viennent en nous disant que cette année, ils ne le feront pas. [...] Et du coup ben, il faut réexpliquer le truc mais euh...des fois oui, ça...ça complique, ça complique la relation. » (FG1 p10)

Concernant la vaccination, les médias étaient responsables en grande partie de l'insuffisante couverture vaccinale actuelle :

« MG23 : Bien sûr ! Tu n'as qu'à voir rien qu'avant, on en parlait moins quand même et tu avais plus de gens vaccinés. [...] Oui pour moi, c'est la faute des médias... » (E11 p1)

- Demande de prescriptions injustifiées

Ces demandes injustifiées issues des médias entraînaient chez les médecins un sentiment de se sentir contraints dans leurs prescriptions.

« MG9 : Je me souviens si, à une époque où je lisais L'express, il y avait tout un article sur les migraines, cela n'a pas loupé ! Quelques temps après, j'ai eu 2 ou 3 patients qui sont venus avec leur maux de tête en me demandant les examens que demandait L'express [...].

- MG11 : Ça, c'est depuis internet...Enfin...Les demandes d'examens paracliniques... » (FG2 p7-8)

« MG23 : Enfin, il était à fond dedans et il voulait absolument que je lui prescrive ça. Et moi, je lui ai dit : « mais je ne peux pas vous prescrire ça, cela n'a absolument pas l'AMM pour votre maladie ! » Et il voulait absolument que j'appelle ce professeur, il m'a montré sur son téléphone, sur Youtube, la vidéo qui était passée sur BFM. » (E11 p3)

- Renforcement d'idées de théories du complot

Quand les patients rapportaient les idées de théorie du complot, souvent issues des médias, les médecins se sentaient démunis.

« MG14 : Et il y a quand même quelque chose qui m'a marquée, c'est qu'elle m'a dit, euh en parlant des laboratoires : « oui mais quand même les laboratoires, ben, ils ne sont pas bêtes pour gagner des sous, il vaut mieux qu'ils rendent les gens malades plutôt qu'ils fassent de la prévention. » » (FG3 p4)

« MG17 : Les vaccins, c'était conseillé jusque-là et que maintenant paf (Tape dans ses mains) c'est obligatoire ! Et donc si c'est obligatoire, c'est que c'est un complot ! (Sourit) » (FG3 p5)

Les médecins avaient l'impression d'une paranoïa entretenue par les médias chez certains patients.

« MG16 : Moi, ça m'énerve même un peu. Cela met une tension qui ne devrait pas être là. » (FG3 p17)

« MG20 : Et on est dans une espèce de théorie du complot à laquelle finalement beaucoup de personnes demandent à adhérer de manière inconsciente. [...] Et donc le média s'engouffre dans la brèche parce qu'il sait qu'il a un terrain fertile. » (FG4 p6)

5. Consulter à trois

Les médecins décrivaient leur impression que les médias en arrivaient à prendre de plus en plus de place dans leurs consultations.

- Impression de séparation

Les médias qui s'immisçaient ainsi dans les consultations donnaient aux médecins l'impression d'une relation triangulaire qui créait une distance avec leur patient.

« MG2 : [...] qu'est-ce que c'est un média en fait [...]. C'est quelque chose qui est entre le patient, moi et l'information. » (FG1 p17)

« MG4 : Tu as beaucoup d'écrans hein... Pendant une consultation, je trouve qu'on est souvent devant l'écran et... Et je n'aime pas beaucoup faire rentrer cette tierce personne dans la consultation. » (FG1 p17)

« MG25 : Mais les médias, médias, patients et nous : pas bon ménage. » (E13 p2)

Certains voient même une séparation physique à travers l'ordinateur :

« MG10 : Je l'ai eu pendant 5 ans et je ne m'en rendais pas compte mais cela avait modifié ma pratique. A moi, ça ne me correspond pas du tout. Il faut que je vois les gens, les yeux, tout ça... Déjà (Regarde sa montre) on va vite quand même. Et moi l'ordi m'avait... J'ai du mal à faire deux choses à la fois... C'est un univers qui me... voilà. (En s'agitant sur sa chaise et en agitant les mains dans tous les sens avec les yeux grands ouverts). Tac tac... J'étais plus anxieux, j'étais moins machin. Quand je n'avais rien à écrire, je bidouillais (Fait comme s'il tapait sur un clavier). Quand il fallait... (Ouvre grand les yeux et souffle en gonflant les joues). Ça ne m'allait pas. » (FG2 p19)

- Sentiment d'interférences dans la communication avec le patient

Ce ressenti de séparation était, entre autres, issu d'un sentiment d'interférences dans leur communication avec le patient, qui ne se faisait plus uniquement de patient à médecin mais devait tenir compte de la parole médiatique.

« MG4 : Avec l'ère d'internet, on a de plus en plus d'interférences des informations extérieures et ce qu'il peut se passer dans la consultation. » (FG1 p1)

« MG7 : C'est ça, le média, c'est un autre avis extérieur, c'est un deuxième avis quoi. » (FG1 p18)

6. Création de biais dans l'exercice de la médecine

- Autodiagnostic : Biais dans le raisonnement clinique habituel

Certains ressentait des difficultés par rapport à l'autodiagnostic du patient et à l'influence que cela pouvait avoir sur leur raisonnement médical.

« MG16 : C'est-à-dire que si on nous dit « je pense avoir ça », on va partir dans notre tête, sans savoir le problème, ben si, il va vous falloir, ou à l'inverse, il ne va pas vous falloir.

- MG15 : Ça biaise la consultation... » (FG3 p18)

« MG20 : Le problème de l'autodiagnostic, bon, s'il est bon, il n'y a pas de souci, mais souvent il n'est pas bon et je trouve, en tout cas en tant que jeune médecin, que des fois, cela a tendance un peu à nous induire en erreur et que justement on doit avoir beaucoup plus de vigilance et de recul par rapport aux propos des patients. » (FG4 p17)

« MG19 : Ils arrivent en disant « bah j'ai ça » et en pratique bah non pas forcément...Et on est obligés de faire la démarche inverse de remonter et...Moi je trouve que c'est plus difficile... » (FG4 p17)

Il était évoqué aussi la difficulté qu'il pouvait y avoir à faire entendre au patient que son autodiagnostic n'était pas le bon : « MG23 : Mais des fois quand ils se mettent une idée en tête et que toi, tu ne penses pas du tout ça euh...ben, c'est difficile après pour leur expliquer que ce n'est pas ça. » (E11 p4)

7. Vecteur de redondance dans les consultations

- Phénomène pluriquotidien et croissant

En dehors des médecins qui ne reconnaissaient pas le phénomène (voir I.C), la majorité concluait à un phénomène fréquent et même de plus en plus fréquent.

« MG4 : Je crois que c'est beaucoup plus fréquent qu'avant effectivement. Parce que l'on parle un peu plus au niveau grand public des problèmes de santé. » (FG1 p5)

« MG6 : Et après, c'est vrai qu'ils viennent nous voir avec de plus en plus de questions sur : « on m'a dit, j'ai entendu, j'ai vu à la télé, j'ai regardé sur internet ». » (FG1 p5)

« MG8 : Oui tous les jours. Après c'est aussi par période. Il y a des périodes plus fastes que d'autres mais en moyenne oui, au moins une fois par jour. » (FG2 p9)

« CP : Et pour parler de la fréquence ? Vous pensez que cela arrive à quelle fréquence ?

- MG17 en levant les yeux au ciel : Ouh...

- MG14 : Plusieurs fois par jour.

- MG12 : Quotidiennement ça c'est sûr. » (FG3 p9)

- Être agacé par les sujets récurrents

Cette fréquence du phénomène suscitait de l'agacement chez les médecins avec une impression de redondance dans leur consultation.

Cela pouvait aller jusqu'à impacter la façon de répondre aux patients : «MG3 : Le Levothyrox®, c'est blablablaba, les vaccins c'est pareil et la grippe c'est pareil. Il y a des questions qui sont tellement récurrentes selon la temporalité que oui, je me mets en mode automatique quoi. » (FG1 p12)

« MG10 en riant vers MG9 : Même si des fois, tu es fatigué de répéter et que cela t'énerve !
- MG11 : Oui voilà c'est ça, c'est la répétition qui nous agace ! » (FG2 p25)

- Caractère cyclique des sujets dans les consultations en fonction de l'actualité

Pour les médecins, les médias étaient responsables de questions récurrentes dans leurs consultations selon l'actualité qu'ils traitaient.

« MG7 : Oui il y a des thèmes d'actualité

- MG3 : C'est... (Fait plusieurs cercles avec son doigt)

- MG2 vers MG7 : On ne peut pas faire l'impasse dessus, ça c'est clair.

- MG3 : C'est annuel. Il y a les allergies avec la période printanière puis c'est la grippe. » (FG1 p6)

Des médecins rapportaient une impression d'enchaînement permanent des sujets médiatiques sur la santé :

« MG11 : Ah oui, oui ! Mais ça va mieux, on en parle moins du Lévothyrox®. [...]

- MG8 : Ben, on a l'impression que ça s'est stabilisé finalement...

- MG11 : Ben, maintenant tu sais quoi c'est : les onze vaccins obligatoires ». (FG2 p6)

8. Chronophage

Les médecins décrivaient un sentiment de perte de temps à cause des médias.

« MG6 : Cela rend les consultations parfois plus longues, parce qu'expliquer, ça peut prendre vite du temps, moi je trouve. » (FG1 p11)

« MG25 : Média égal « quelle perte de temps » ! » (E13 p2)

Face aux informations médiatiques rapportées par les patients en consultation, les médecins avaient l'impression de devoir donner plus d'arguments, de devoir être plus précis dans leurs explications, ce qui leur prenait plus de temps.

« MG25 : On part dans une sorte d'escalade d'explications (Fait le geste de piles qui se rajoutent les unes sur les autres avec ses mains). » (E13 p1)

MG17 se confiait justement sur sa crainte de consultations trop longues dans les situations où les patients demandent des explications liées aux médias et reconnaissait essayer de les éviter : « Moi c'est vrai que justement je ne rentrais jamais là-dedans parce que j'avais peur que justement cela n'en finisse plus. » (FG3 p4)

9. Des dérives

Les médecins déploraient des dérives liées aux médias.

- Mise en danger des patients

Certains racontaient en quoi les médias pouvaient parfois être une véritable source de stress pour les médecins : « MG5 : Moi, j'ai eu une maman catastrophe qui est venue me montrer un article qu'elle avait trouvé sur facebook sur son futur accouchement qu'elle voulait faire à domicile. Hypertendue, diabétique, protéinurie, pour une grossesse gémellaire. Et elle m'expliquait que, du coup, la maternité n'était pas à côté mais que la sage-femme était pro-accouchement naturel et qu'est-ce que j'en

pensais ? » (FG1 p3)

- Provocation de rupture thérapeutique

« MG8 : Mais l'année dernière, tous les gens qui voulaient arrêter leur statine parce que...ça fait trop d'effets secondaires. Entre les bouquins, les émissions de télé... » (FG2 p8)

- Notation des médecins sur Internet

« MG18 : Après, il y a quelque chose dont on n'a pas parlé [...] mais ce sont les histoires de notation des médecins sur internet. (En se tournant vers les autres) Je ne sais pas si vous avez déjà été confrontés à ça ? Moi, pas encore mais j'avoue que... » (FG4 p24)

10. Des sentiments négatifs

Ils ressortaient de toutes les difficultés compliquant la pratique, décrites précédemment, de nombreux sentiments négatifs vis-à-vis des médias.

« MG11 : C'est de l'agacement. » (FG2 p24)

« MG9 : Oui, ce n'est pas après les patients que l'on est agacés.

- MG8 : C'est plutôt après les messages qu'ils reçoivent en fait.

- MG9 : Eux, ce n'est pas leur faute. On est agacés après le mauvais message qu'ils ont reçu. » (FG2 p26)

« MG23 : J'ai une image des médias dans ma tête. Média et médecine, c'est complètement négatif. » (E13 p1)

D'autres déclaraient pouvoir aller jusqu'à se braquer face à ce sujet.

« MG17 : Oui, on se braque juste quand ils disent : « parce que j'ai lu ça, je veux ça ou il me faut ça. »

-MG14 : Moi, ça m'énerve ça. Ça me braque aussi.

- MG15 : Moi aussi. » (FG3 p18)

Certains se sentaient mis sous pression par les médias.

« MG21 : Comme si on était des surhommes ou des sur-femmes. Et le jour où on se trompe, parce qu'on s'est tous trompés hein ? Ici, on a tous fait des conneries !

- MG22 : Ben, bien sûr !

- MG21 : Et dès qu'il y a une belle erreur médicale, alors on en fait une pièce de théâtre parce que bon, on a l'impression que c'est un truc surnaturel...Alors qu'en fait, je ne dis pas que c'est banal, mais bon voilà, on n'est pas parfaits... » (FG4 p7)

Il était question de nouvelles difficultés dans la pratique qui devaient être gérées actuellement, ce que n'avaient pas à faire les médecins des générations précédentes : *«MG25 : C'est vrai que moi, j'ai vraiment l'impression de...de bâtons dans les roues quoi. Voilà. C'était des soucis avant qui n'existaient pas. » (E13 p7)*

La première idée de MG25 sur média dans la pratique au tout début de son entretien était : *« Un handicap. » (E13 p1)*

C. Absence d'impact sur la pratique

1. Un vécu neutre

« MG5 : Et je n'ai pas tant que ça de patients, je pense, qui viennent avec « on m'a dit ci, on m'a dit ça. ». Sur une semaine je pense que j'en ai au maximum une fois et encore...Non ». (FG1 p5)

« MG7 : [...] euh, les autres, le plus courant, ceux qui amènent un papier, ceux qui posent juste une question...ils l'ont vu à la télé comme on aurait pu leur en parler au travail ou dans la famille, ça ne change rien du tout. » (FG1 p18)

Un médecin était particulièrement catégorique sur la neutralité de son vécu :

« CP : Déjà pour commencer si je te dis « média » dans ta pratique de généraliste, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?

- MG24 : Euh...Pas grand-chose...

- CP : Oui ?

- MG24 : Oui...Vraiment pas grand-chose...Franchement les médias...

- CP : D'accord.

- MG24 : Je réfléchis mais...Mais non. » (E12 p1)

« CP : Et si je vous dis l'autodiagnostic par internet ?

- MG24 : Je suppose que ce sont les patients qui se font fait leur propre diagnostic par internet.

- CP : Oui.

- MG24 : Bon après, je ne sais pas par rapport à quoi, je ne sais pas dans quel cadre...Non

- CP : Non, parce que vous n'en avez pas l'expérience ou non, parce que vous pensez qu'ils ne le font pas ?

- MG24 : Non je pense qu'il y en a qui le font mais je n'en ai pas l'expérience.» (E12 p3)

« MG24 : Donc j'ai eu quelques patients en fait qui étaient déjà sous Levothyrox® mais qui n'étaient pas plus inquiets que ça...Enfin voilà il n'y a pas eu de souci particulier. [...] Ouais, cela ne m'a pas gênée dans ma pratique. » (E11 p2)

2. Peu d'utilisation dans la pratique

Certains médecins utilisaient peu internet et l'ordinateur durant leur consultation.

« MG4 : [...] Moi je ne me sers pas ou très peu de l'ordinateur, pendant les consultations. [...] Parce que je n'aime pas mettre l'écran. Je ne dois pas très bien le manier [...]. » (FG1 p5)

« MG5 : Je ne crois pas utiliser trop l'ordinateur en consultation sauf...sauf cas exceptionnel de pathologies rarissimes. » (FG1 p5)

MG10 lui racontait même ne pas avoir d'ordinateur dans son bureau de consultation depuis 10 ans.

3. Absence de nouvelles problématiques

- Un phénomène qui n'est pas nouveau

« MG6 : Finalement avec le recul, quand on réfléchit bien aux consultations, on en a quasiment autant qui viennent avec quelque chose rapporté par les médias qu'avec quelque chose rapporté par la voisine, le pharmacien... » (FG1 p18)

« MG22 : Et puis, cela a toujours existé, même avant internet, les gens disaient « ah docteur j'ai mal dans la poitrine j'ai un infarctus » et ben, tu dis oui ou tu dis non, mais après l'examen clinique. Même avant, cela existait parce que c'était le voisin ou la voisine qui disait : « attention c'est peut-être un infarctus ! », « ma voisine m'a dit que j'avais peut-être un infarctus donc je viens vous voir ». » (FG4 p17)

Pour d'autres, la recherche des patients auprès d'autrui, autre que son médecin, avait toujours existé et autrui pouvait être le média comme il pouvait être tout autre.

« MG11 : Oui, ça, cela existe encore, chez le coiffeur !

- MG8 : Ou le voisin ! [...]

- MG9 : Si, ouais, c'est plus qu'avant forcément parce que c'est plus facile mais je ne pense pas que cela soit plus gênant qu'avant, non. » (FG2 p16)

- Peu de changement de la pratique

La recherche d'informations sur la santé par un autre moyen que de consulter son médecin n'étant pas un phénomène nouveau, certains médecins décrivaient un impact discret du développement actuel des médias sur leur pratique.

« MG22 : Voilà, notre métier a un tout petit peu changé mais cela reste quand même la même chose quoi. » (FG4 p21)

« MG25 : Mais cela peut être considéré aussi comme le boulot d'explicitation d'un certain nombre de choses. » (E13 p4)

- Pas de nouvelles difficultés

Ne retrouvant pas de changement dans leur pratique, ils ne reconnaissaient donc pas les difficultés engendrées par les médias décrites par d'autres (Cf I.B).

« MG24 : En tout cas, je n'ai jamais eu de souci à ce sujet-là. » (E12 p3)

« MG3 : Non, ce ne sont pas des consultations difficiles. » (FG1 p9)

« MG10 : Je pense que les médias d'aujourd'hui ne créent à mon sens pas plus de problématiques...

- MG9 : Non, je ne pense pas. » (FG2 p15)

Au total, perception de chacun pouvant être dépendante de l'adaptation et des stratégies utilisées par chaque médecin généraliste (Cf Modélisation des résultats p69)

II. Des changements dans la position de chacun dans la relation patient-médecin

A. Nouvelle position du patient dans sa santé

1. Valorisation de son rôle dans sa santé

La possibilité qu'offraient les médias aux patients de pouvoir obtenir, sans l'intervention de leur médecin, des informations sur un sujet de santé choisi, leur permettait de mieux s'approprier leur santé et d'en devenir pleinement acteur.

« MG18 : [...] mais l'idée de se dire que si on forme un peu les gens, ils pourront devenir quelque part un peu acteur dans leur santé. » (FG4 p12)

« MG11 : Oui, tu les sens un peu plus acteurs. » (FG2 p14)

Concernant l'autodiagnostic, il était possible que les patients fassent, grâce à internet, un diagnostic correct et pertinent, voire même qui avait échappé à leur médecin traitant.

« MG19 : Pendant ma maîtrise de stage [...] une maman vient consulter mais accompagnée de sa fille. Et la petite qui a très peu d'interactions sociales, qui ne serre pas la main, qui dit bonjour très timidement, qui a le regard fuyant et tout et qui à la fin de la consultation [...] a quand même posé la question. Et en fait elle a regardé sur Internet un truc sur le syndrome d'Asperger et elle pense qu'elle a ça. Et le médecin traitant, donc mon maître de stage, cela lui a fait tilt d'un coup et il a dit « ben ouais je n'y avais jamais pensé mais effectivement cela ressemble vraiment à ça. [...] Je ne sais pas ce que cela a donné par la suite mais elle pourrait s'être autodiagnostiquée. » (FG4 p16)

2. Droit de pouvoir mieux s'informer

Le fait de pouvoir s'informer sur la santé était un droit légitime pour les patients. Ce droit répondait à leur besoin et à leur volonté de maîtriser leur santé sans dépendre uniquement des professionnels de santé pour en obtenir des informations.

« MG17 : Ils ont l'impression qu'on leur impose quelque chose aussi non ?

- MG16 : Oui, c'est le problème de la liberté. » (FG3 p5)

« MG13 : Et du coup c'est ce manque de liberté, enfin cette réduction des libertés qui est très mal appréciée par les patients hein ? en fait, Ils ont l'impression qu'ils ne sont pas maîtres de leur santé. » (FG3 p5)

3. Démarche active du patient : responsabilisation et autonomisation

Les médecins reconnaissaient le côté plus bénéfique pour le patient de faire volontairement des recherches sur certains sujets médicaux. Cela lui permettait de réellement s'approprier sa santé, contrairement au fait de recevoir passivement des informations qu'il n'avait pas choisies de recevoir. Les patients étaient ainsi dans une démarche active par rapport à leur santé, leur permettant ainsi d'en être responsable et d'être plus autonome.

« MG8 : Tandis qu'internet les gens y vont, ils cherchent. Donc...

- MG11 : Oui ils vont (insiste sur ce mot) chercher. Donc c'est pas mal. » (FG2 p17)

Pour les patients avec une maladie chronique, il était possible de mieux s'en approprier la prise en charge.

« MG25 : Et le patient, qui est expert de sa maladie, vient nous solliciter sur quelque chose. » (E13 p7)

« MG22 : C'est un élément supplémentaire que les gens amènent dans leur parcours, dans leur connaissance de leur maladie et on en discute [...]. » (FG4 p32)

B. Désacralisation du médecin

1. Se sentir remis en question dans son savoir

La nouvelle position du patient permise par la possibilité d'acquérir des informations de santé autrement que par son médecin, entraînait un déplacement des connaissances, suscitant un sentiment de remise en question pour les médecins qui était plus ou moins bien vécu.

a. Un vécu négatif

- Se sentir décontenancé :

« MG12 : Ou alors des fois on se sent...

- MG17 vers MG12 : Bête, c'est ça que tu allais dire ?

- MG12 : Oui bête, parce qu'ils te disent « vous avez entendu parler de ça ? » (FG3 p21)

- Se sentir dépassé :

« MG8 : Je me suis sentie vraiment démunie quand j'ai eu plusieurs patients qui m'ont dit « Ah mais vous n'avez pas vu cette émission où ils disaient ça ça ça et ça ». Et je me suis dit mince, je ne sais pas de quoi ils parlent et du coup je ne sais pas comment leur répondre. » (FG2 p9)

MG5 à propos de la patiente qui voulait accoucher à domicile : « [...] de voir la confiance qu'il y avait en facebook et en la sage-femme qui devait, à mon avis, lire à peu près les mêmes choses sur facebook pour lui dire, oui, ça peut se passer... » (FG1 p3)

- Se sentir testé et évalué :

« MG9 : Ouais le pire c'est quand ils te testent et essaient de te mettre en défaut. Ça c'est désagréable. » (FG2 p9)

« MG1 : [...] et bon, certains, ils essaient de nous piéger un peu même des fois j'ai l'impression donc... » (FG1 p9)

« MG23 : Et du coup, ils cherchent plus à nous rentrer dedans et les médias les aident, forcément. Moi je vois ça comme ça. » (E11 p2)

- Être déstabilisé

« MG8 : Effectivement ça peut déstabiliser. »

- MG11 : On préférerait qu'ils ne sachent rien... » (FG2 p2)

« MG23 : Des fois cela peut me déstabiliser. Des fois parce que je ne suis pas sûre de moi et du coup je me dis : « mince, il va aller voir ça sur internet... » » (E11 p4)

- Se sentir moins fiable que les médias :

« MG7 : La source extérieure est plus fiable que nous ici on va dire... » (FG1 p3)

« MG25 : Internet sait tout et vous, vous n'avez pas dit pareil. » (E13 p2)

- Se sentir moins efficace :

« MG17 : Moi du coup, j'ai une dame assez âgée, qui est insomniaque [...] traitée par Imovane depuis des années et moi je n'arrive pas du tout à lui diminuer. Un jour elle arrive en furie dans mon cabinet et elle me dit « vous savez quoi ? Imovane, ça fait Alzheimer donc je l'arrête. Vous êtes d'accord docteur ? ». Et ben...ça fait à peu près une bonne année que je vous demande de le baisser donc...oui ! » (FG3 p9)

- Se sentir contré : «MG23 : Les patients utilisent un petit peu les médias pour nous contrer en fait. » (E11 p2)

b. Un vécu positif

Certains reconnaissent cette remise en question dans leur savoir mais y voyaient une note plus positive et bénéfique dans leur relation avec le patient :

«MG11 : Alors après on peut se demander si cela ne nous déstabilise pas dans notre position de « pseudo-gourou » quoi...Ils viennent un peu nous titiller quand même.

- MG9 : On est moins sur notre piédestal...

- MG11 : Ça nous remet un peu en question et finalement ce n'est pas mal. » (FG2 p37)

« MG10 : Peut-être inconsciemment, on a été obligés de changer un peu de posture parce qu'on est un peu... (Met sa main en hauteur) voilà. On est un petit peu démystifiés quoi probablement... » (FG2 p38)

Certains s'amusaient même de ces situations :

«MG10 : Moi j'aime bien de manière générale. [...] ils viennent te voir pour voir un peu si tu maîtrises ton sujet. (Rire). » (FG2 p14)

« MG14 : Moi souvent, j'essaie de le prendre plus à la rigolade. Quand ils me disent « oui j'ai vu ça » je commence de suite en disant « alors qu'est-ce qu'il a dit Docteur Google » ? Et là ça détend un peu l'atmosphère. » (FG3 p19)

Ils reconnaissent même qu'il était confortable de pouvoir s'autoriser à ne pas tout savoir.

« MG9 : Mais après si on n'est pas sûrs de nous, on peut très bien aussi leur dire : « écoutez là [...] moi j'ai oublié donc bon, vous faites bien de m'en parler et je vais aller voir et on en reparlera la prochaine fois ». » (FG2 p38)

« MG4 : Enfin moi, ça ne me gêne pas du tout de leur expliquer que je ne connais pas tout (insiste sur ce mot) de toutes les maladies et que je pourrais rechercher s'ils ont des questions à poser. » (FG1 p11)

Ils pensaient que les patients comprenaient qu'il était dans leur intérêt que les médecins sachent se remettre en question par rapport à leur savoir.

« MG21 : Et puis dire aussi quand on ne sait pas. Je pense qu'il faut toujours être honnête avec son patient. » (FG4 p32)

« MG8 : Et à la limite je préfère être franche avec le patient que j'ai en face en disant : « bon ben, voilà, je vérifie les dernières infos. » [...]

- MG11 : Je pense qu'ils préfèrent en fait. [...]

- MG8 : Ben oui, la plupart ils en sont contents... j'ai l'impression que...qu'on ne reste pas camper sur nos souvenirs [...]. » (FG2 p15)

Il était même important pour les médecins généralistes de se remettre en question dans l'information qu'ils donnaient à leurs patients et d'être vigilants à la tendance à la déformation de cette information avec le temps : « MG25 : Parce que parfois avec les années, on a un peu déformé le propos, on a enlevé un mot, on a mis un conditionnel [...] Donc je pense qu'il doit y avoir de notre part une remise en question. [...] Ensuite, il y a moi, l'information que je passe, d'où elle vient, quelle est sa fiabilité. » (E13 p3)

Néanmoins certains patients gardaient une exigence par rapport au savoir de leur médecin :

« MG3 : Certains l'entendent mais je pense que d'autres...J'ai l'impression que...

- MG4 : L'entendent moins bien. [...]

- MG3 : Tu ne sais pas tout là tout de suite ?! Ben non je ne sais pas tout là tout de suite. Je vais chercher mais je ne sais pas tout. » (FG1 p11)

« MG10 : C'est le médecin qui regarde Google ! Donc là...ça crée une gêne. » (FG2 p12)

2. Le médecin : un être humain comme un autre

Les médecins reconnaissaient comme bénéfique la forme de désacralisation de leur position par rapport à leur savoir médical car cela leur permettait d'avoir moins de pression, de pouvoir s'autoriser à être plus « humanisé » dans leur fonction. Autrement dit le fait que, pour le patient, le médecin accepte de reconnaître ne pas tout savoir, lui permettait aussi d'accepter que son médecin réagisse comme tout être humain dans certaines situations.

« MG16 : En fait cela dépend du moment de la journée, cela dépend de l'humeur, cela dépend de tout hein ?!

- MG12 : Oui de comment tu as dormi, du patient... » (FG3 p19)

« MG10 : On n'est pas des saints hein, non plus ! » (FG2 p26)

Ils reconnaissaient l'influence de plusieurs paramètres, pouvant influencer tout être humain, et qui chez eux, pouvaient influencer positivement ou négativement leur attitude en consultations. Et le fait d'être considéré comme tout être humain, capable de faire des erreurs, les soulageait.

Ces paramètres pouvaient par exemple influencer leur communication avec le patient :

« MG21 : Mais si tu es de bonne humeur, tu restes neutre mais si tu es de mauvaise humeur, tu t'énerves...Cela dépend aussi de ton humeur du jour, cela y fait aussi. On n'est pas des machines... » (FG4 p18)

« MG8 : Puis nous, notre communication, ben, je pense que ça dépend si on est (Enumère en comptant sur ses doigts) : fatigués, agacés, si c'est la fin de la journée, si c'est...(Rit) ». (FG2 p30)

Leur capacité à informer le patient et à prendre le temps de le faire pouvait aussi être influencée :

« MG21 : [...] on n'est pas infaillibles et la communication, elle n'est pas toujours au top, pour des raisons diverses et variées [...]. Si le patient, il repart frustré, peut-être qu'on n'y est pour rien ou peut-être qu'on y est pour quelque chose aussi...Il faut aussi l'entendre... » (FG4 p27)

« MG11 : S'ils n'arrivaient pas poings fermés avec leurs histoires de médias, est-ce que l'on prendrait le temps d'expliquer tout ça... » (FG2 p24)

3. Comprendre la volonté du patient de mieux s'approprier sa santé

Cette remise en question permettait aux médecins de mieux comprendre la nouvelle position de leurs patients par rapport à leur santé.

Ainsi les médecins trouvaient une légitimité au patient de s'intéresser à sa santé :

« MG11 : Ouais cela paraît normal que l'on se préoccupe de sa santé quoi... C'est normal. » (FG2 p15)

« MG9 : Ils vont voir, comme on a tous été voir dans les encyclopédies, dans les Larousses médicaux...Je crois que c'est une curiosité qu'ont tous les gens au niveau de la santé [...]. » (FG2 p15)

Certains reconnaissent le rapport avec internet que pouvaient avoir les patients car ils avaient ce même rapport, certains se considérant comme appartenant, eux aussi, à la génération d'internet.

« MG16 : Tandis que les jeunes, enfin même nous, on a grandi avec ça. Et du coup quand on a une question, internet a toujours une réponse. » (FG3 p16)

Ils acceptaient une forme de réciprocité : si eux pouvaient faire des recherches sur internet, le patient pouvait faire de même.

« MG12 : Ben oui, mais ça ne vous est jamais arrivé ? Le soir, dans votre lit, de repenser à un patient et d'un coup de se dire : « je vais me rassurer et je vais regarder sur Google. » » (FG3 p13)

« MG8 : Donc faut accepter qu'eux aussi aillent sur internet. » (FG2 p15)

4. Ne plus se reconnaître dans ses fonctions de médecin

Néanmoins cette désacralisation, bien que comprise et acceptée par les médecins, n'en était pas moins difficile à vivre parfois, avec des difficultés pour les médecins à retrouver leur place.

« MG23 : Enfin je pense qu'on est...que le métier de médecin a quand même moins de prestance qu'avant... » (E11 p2)

« MG13 : Ben eux, c'est leur avis, moi j'ai un autre avis...S'ils ne sont pas ouverts, eux, à la discussion pourquoi est-ce qu'ils viennent me voir... je n'en sais rien... » (FG3 p21)

« MG17 : Oui déjà quand ils arrivent avec une idée toute faite...Des fois j'ai envie de leur dire : « ben, n'allez pas chez le médecin, traitez-vous tout seul ! » (Rire agacé). » (FG3 p19)

« CP : Et du coup question finale : qu'est-ce qu'on peut dire de la place du médecin généraliste par rapport aux médias ?

- MG9 : Par rapport aux médias, il n'a pas beaucoup de place. [...] Il ne peut pas faire grand-chose... (Fixe le vide et semble réfléchir). » (FG2 p34)

A propos de l'autodiagnostic sur internet :

« MG23 : Ben moi, ça m'énerve, parce qu'ils n'ont pas fait 10 ans de médecine quoi ! » (E11 p4)

« MG24 : Je préfère qu'ils nous laissent faire un peu notre boulot. » (E12 p2)

Le fait que les patients pouvaient s'informer sans leur médecin traitant pouvait, par exemple, faire que MG23 se sente inutile : « Et du coup voilà (regarde vers le sol) tu as l'impression que tu ne sers plus à rien. » (E11 p3)

Les médecins pouvaient être perturbés par le fait de se sentir moins experts que les patients sur certains points : « MG3 : Mais eux, ils arrivent effectivement à être plus experts que nous sur certains points de leur pathologie. » (FG1 p10)

Le fait qu'une patiente envisage d'arrêter un traitement suite à une émission télévisée était vécu par MG25 comme un échec : « [...] et que là, c'est une mise en échec énorme ». (E13 p1)

Il était difficile de gérer le fait de se trouver remis en question, surtout au début de sa pratique :
« MG23 : Ça m'énerve [...] Mais après voilà, c'est peut-être parce que je suis jeune et que je me dis que...voilà. » (E11 p4)

C. Déséquilibre ou nouvel équilibre dans la relation ?

1. Déplacement du savoir du côté du patient

Les médecins reconnaissaient qu'ils pouvaient être informés par les patients sur certains sujets.

« MG8 : C'est-à-dire que la première fois que l'on me parle des Statines je ne sais pas trop comment réagir, la première fois que l'on me parle du Levothyrox, je tombe des nues. » (FG2 p31)

Le fait « d'apprendre des patients » pouvait être bien vécu :

« MG2 : [...] ils nous disent aussi des choses très bonnes en fait. » (FG1 p14)

« MG20 : Et parfois on a à apprendre beaucoup de nos patients parce que, souvent, ils sont plus calés sur leur maladie que nous [...]. Même des fois, certains patients sont plus au courant que nous sur certaines thérapeutiques. » (FG4 p32)

Néanmoins il pouvait se trouver une nuance dans ce fait « d'apprendre des patients » avec un vécu parfois plus désagréable :

« MG2 : Quand il y a eu potentiellement une méningite avec méningo C, on se l'est pris comme ça, on l'a appris par les patients !

MG3 : Oui, par les patients ! » (FG1 p6)

2. Enrichissement de la relation

Les médecins trouvaient intéressant le fait que les patients soient mieux informés sur la santé et s'y intéressaient plus car cela permettait au patient et au médecin d'échanger des informations dans ce domaine, ce qui était enrichissant pour chacun.

Ils avaient ainsi aussi l'impression de mieux coopérer avec le patient dans sa prise en charge.

« MG10 : C'est vrai qu'en moyenne, le patient est un peu mieux informé qu'autrefois. [...]

- MG11 : Mais tu vois, je trouve que ce n'est pas mal. [...]

- MG10 : Média et médecine, les médias ont monté un peu le niveau moyen... » (FG2 p36)

Plusieurs exemples d'échange d'informations enrichissants pour chacun :

« MG17 : J'ai une patiente qui a une polyarthrite rhumatoïde qui voulait savoir si, comme elle l'avait vu, elle pouvait faire de la cryothérapie. Elle avait entendu dire que cela marchait très bien... [...] Et du coup, je me suis renseignée pour elle. Et ça m'intéressait en plus ! [...] enfin je ne savais pas que cela existait pour ces indications-là. » (FG3 p22)

« MG10 : Mais euh, je pense que les gens ils peuvent aller sur Youtube et puis taper « professeur etc » qui parle de la Légionellose par exemple. Donc, il voit un patron qui parle bien, qui explique bien sur la légionellose. Donc un patient qui s'intéresse et tout, il vient te voir et il peut te poser une question pertinente hein. Et puis il voit si tu es intéressé et voilà. » (FG2 p38)

3. Acceptation des changements : Evolution avec la société

Les participants reconnaissaient que la relation patient-médecin était finalement une relation dynamique, ancrée dans l'évolution de la société et donc qui changeait inévitablement avec elle. Et le médecin devait l'accepter.

« MG14 : Tout a évolué en fait et donc les patients ont évolué aussi. [...] Le médecin aussi, il n'a plus les mêmes rôles qu'avant. » (FG3 p36)

« MG16 : C'est vraiment en fait l'idée de se dire je veux savoir tout, tout de suite, maintenant...Parce qu'on est la génération qui n'attend plus, on veut tout, tout de suite. » (FG3 p16)

« MG4 : Les médias font partie de notre société et donc de notre manière de gérer notre santé et celle de nos patients. » (FG1 p18)

Certains faisaient remarquer l'importance d'accepter les changements liés au développement des médias et de ne pas s'en offusquer face aux patients.

« MG10 : Bon les gens ils regardent la télé et ils posent des questions...

- MG8 : Oui il ne faut pas pour autant les prendre de haut. » (FG2 p25)

« MG20 : Je crois qu'il ne faut pas du tout le prendre en fait personnellement. » (FG4 p18)

Certains avaient une forme de résilience : « MG13 : Ben, peut-être pour conclure que de toute façon la relation médecin-patient est en pleine évolution et qu'elle a toujours évolué depuis...euh depuis de nombreuses années et de nombreuses générations...Et effectivement, aujourd'hui, les médias sont au cœur de cette relation médecin-patient... » (FG3 p36)

Les médias entraînaient donc une remise en question globale des médecins qui leur était bénéfique et qu'ils acceptaient.

4. Persistance d'inégalités

Néanmoins la situation n'était pas idyllique et il persistait les inégalités connues de la relation médecin-patient.

Le médecin avait une forme de pouvoir : « MG2 : Il ne faut pas oublier que la relation qu'il y a avec nos patients, c'est une relation de pouvoir. On a du pouvoir ! » (FG1 p11)

Le patient pouvait rompre la relation sans en informer la cause au médecin :

« MG25 : Donc, c'est compliqué parce qu'un patient qui est perdu de vue, on ne sait pas pourquoi. » (E13 p6)

« MG4 : [...] on n'est pas vraiment au courant de ce qui influence nos patients. » (FG1 p18)

Il était difficile aussi pour le médecin de savoir exactement qu'elle était l'utilisation d'internet par leurs patients :

« MG15 : On ne peut pas trop le savoir quand ils vont vérifier...Après, on peut le savoir quand ils nous disent par exemple pour un médicament « ben je ne l'ai pas pris parce que j'ai vu que ça donnait ça, ça, ça » ...Mais il faut qu'ils le disent. » (FG3 p17)

En ce sens, il leur était aussi difficile de savoir si une rupture de relation d'un patient avait pour origine des informations médiatiques : « MG2 : On n'a pas cette visibilité donc euh moi, je ne sais pas

si effectivement s'il n'y a pas des gens qui n'ont pas rompu la relation avec moi pour une problématique de ce type-là. Je n'ai aucun retour. » (FG1 p11)

D. Revalorisation de la relation

Si, par certains aspects du phénomène médiatique, la position du médecin avait changé, il restait des points forts dans les compétences du médecin traitant qui ne pouvaient être remises en question et qui se trouvaient même valorisées face aux médias.

1. Promotion de la relation en tant que relation humaine

Face aux écrans d'ordinateur ou de télévision, la relation entre le médecin et le patient était une relation entre deux personnes, avec une possibilité d'échanges humains que ne pouvaient pas retrouver les patients dans les médias.

« MG20 : [...] parce que finalement, la communication directe d'une personne à une autre avec un contact visuel, elle n'est quasiment jamais établie. Sauf justement dans une consultation où on a quelqu'un qui est en face de nous et où on a un réel échange. [...] Souvent quand on regarde dans une assemblée, on a des gens qui se parlent entre eux mais qui envoient aussi des messages en même temps et qui finalement, ne sont pas forcément accessibles. [...] On reste un contact humain dans la déshumanisation qui peut être apportée par les médias... »

- MG18 : Ah ben, oui, on est pratiquement les seuls qui restent... » (FG4 p20)

« MG18 : Pour le coup, moi, vraiment, j'ai l'impression que l'engouement pour l'hypnose, c'est ça. C'est une médecine humaine où tu as quelqu'un en face de toi, qui est présent, qui est là pour t'écouter, qui est physiquement là et ça je pense que cela joue beaucoup. »

- MG20 : Oui c'est le retour au contact... » (FG4 p20)

2. Approche centrée sur le patient

Les médecins interrogés mettaient en avant face aux médias cette particularité du médecin de pouvoir donner une information adaptée à chaque patient en fonction de ce qu'il sait de lui, de ses caractéristiques. Contrairement aux médias qui donnent une information générale plutôt adaptée au plus grand nombre.

« MG4 : Je pense que l'on change de réponse à chaque patient. » (FG1 p12)

« MG3 : Et effectivement chacun amène leur source x ou y, donc on voit en fonction de ce qu'ils amènent. » (FG1 p17)

« MG5 : Quand ils viennent avec leur information, ils me demandent mon point de vue ; donc c'est plus personnel... donc je pense que je ne suis pas pareil dans ma consultation... dans ma façon de gérer la consultation. Je prends en compte ce que connaît le patient et depuis, quand on se connaît aussi parce que je ne vais pas dire de la même façon mon point de vue à ceux que je connais depuis un an et demi et ceux qui viennent me voir à l'instant T... Donc oui, ça change. » (FG1 p13)

Contrairement aux médias, le médecin pouvait adapter son information à chaque patient.

« MG15 : Le médecin permet d'adapter l'information au patient je pense. » (FG3 p35)

« MG10 : C'est au cas par cas, tu as raison. » (FG2 p31)

« MG2 : Je vais juste...parce que j'aimais bien ce que vous disiez : le scénario c'est le même mais c'est comme les pièces de théâtre, le scénario, ce n'est jamais la même !
- MG3 : Mais c'est ça ! » (FG1 p13)

Les médias présentaient une information collective quand le médecin œuvrait pour l'individu et c'est ce qui faisait une des grandes forces de la relation du médecin avec ses patients.

« MG25 : On est dans une approche centrée patient, parce que l'on parle de vous, on ne parle pas des autres, on ne parle pas des 60 millions de français. Moi, quand je vous ai en face de moi, monsieur ou madame, je vous ai vous, pas les 60 autres millions de français. » (E13 p2)

3. Valorisation de la relation de confiance

Pour les médecins, tout ce qui émanait des médias n'était pas un problème tant que le patient gardait confiance en son médecin traitant. Et justement le fait que les patients recherchaient la confrontation à l'avis de leur médecin était le signe de leur confiance : l'avis du médecin se trouvait ainsi mis en valeur.

« MG1 : C'est vrai que ben, les patients qui sont inquiets, qui vont venir nous demander notre avis, souvent voilà, c'est vrai que c'est souvent comme dit MG2 ben, parce qu'ils ont confiance en nous et qu'ils veulent que l'on valide un peu ce qu'ils ont vu. » (FG1 p9)

« MG8 : Moi, je n'ai jamais senti la relation de confiance mise en péril parce que je ne suis pas d'accord avec ce qu'ont dit les médias. » (FG2 p26)

Le simple fait que le patient venait consulter était une marque de confiance : « MG2 : Euh, je ne pense pas qu'il y ait des patients qui puissent continuer de venir nous voir s'ils n'ont pas confiance et s'il n'y pas du lien. D'accord ? S'ils n'ont pas de bénéfices. » (FG1 p11)

En cela ces consultations pouvaient être valorisantes pour les médecins : « MG2 : Et ce n'est pas pour rien hein, que l'on nous demande notre (insiste en haussant le ton sur ce mot) avis. [...]. Votre avis est important, permet de faire des choix centrés sur la santé. Moi, à chaque fois que je suis devant ça, cela me renvoie au truc (fait un geste de titre d'affiche) : en qui les français ont le plus confiance ? En leur médecin quoi. Avec ce mot confiance. C'est sacrément valorisant en fait. » (FG1 p8)

Dans le même sens, le fait que les médecins se remettaient en question dans leur savoir (Cf II.B.1) renforçait aussi la confiance que pouvaient avoir les patients en eux.

« MG13 : Mais bon, après moi, je leur dis quand je ne sais pas. Comme tu disais (vers MG17) on en rediscutera la prochaine fois et je vous dirai exactement ce que j'en pense. [...] (MG12 fait oui de la tête.) [...] c'est ça qui met une relation de confiance avec le patient puisque du coup, il sait que quand tu ne sais pas, tu ne vas pas inventer un truc quoi. » (FG3 p26)

4. Référence pour le patient

Par les questions des patients, même issues des médias, les médecins se sentaient repositionner dans leur rôle de médecin. Malgré les modifications actuelles de la relation par le développement des médias, ils avaient au final l'impression de rester la référence pour le patient.

« MG2 : parce que de toute façon, les gens, quand ils vont venir nous demander ça, ils vont nous positionner dans notre rôle médical » (FG1 p15)

« MG9 : Non, je n'ai pas l'impression du tout que l'on soit en péril ou en balance avec ce qu'ils ont appris dans les médias. » (FG2 p26)

« MG12 : Et moi, j'en ai plusieurs qui sont venus me voir en me disant, justement par rapport à des sujets de médias, « Docteur mais vous, qu'est-ce que vous en pensez ? » [...] Qui me disaient « c'est vous qui décidez, c'est vous mon médecin [...]. Et finalement le médecin traitant il reste encore parfois chez certaines personnes, la référence quoi.

- MG14 : Oui le pilier. » (FG3 p24)

5. Limites

Il existait néanmoins une pondération de ces idées par rapport à la notion de vérification par les patients, grâce aux médias, des informations données par leur médecin.

Cette possibilité suscitait souvent un malaise auprès de tous les participants, comme le montre l'échange entre les médecins du FG2 où ils niaient d'abord l'idée puis finissaient par la reconnaître :

« CP : [...] Est-ce que vous pensez que dans l'autre sens, les patients, après votre consultation, peuvent vérifier sur internet ce que vous avez dit ?

(Grand silence et MG9 se redresse sur sa chaise.)

- MG8 : Je ne me suis jamais posé la question... (Regarde tous les autres avec de grands yeux)

- MG11 (en haussant les épaules) : Il y en a peut-être quelque uns qui vérifient...

- MG9 : Oui mais bon...Pffff...Je n'ai pas la sensation... (Fait la moue) Ou s'ils le font...Enfin j'ai...

- MG11 : Ceux qui ont le temps ? Qui sont toujours le nez dans l'ordi... [...]

- MG9 : Ou s'ils le font...Je n'ai pas l'impression que ce soit par suspicion en tout cas...Ou enfin...Enfin moi je n'ai pas la sensation que mes patients feraient ça par suspicion. S'ils le faisaient...Enfin j'ai peut-être une haute opinion de mes patients et de moi-même (Sourire et tous les autres rient).

- MG11 en riant : Oui, on est peut-être naïfs ! [...]

- MG11 vers MG8 : Ouais, peut-être quand même qu'il y en a quelques-uns... » (FG2 p27-28)

Il était souvent difficile pour les médecins de reconnaître comme possible cette éventualité.

« MG8 : C'est pas la majorité des gens déjà hein...

- MG9 : Oui [...] c'est occasionnel. » (FG2 p15)

« MG23 : Oui. Ils peuvent vérifier. Et pas forcément parce qu'ils n'ont pas confiance. (Marque un temps de silence) Enfin après, je ne sais pas s'ils le font quand même. (Me regarde avec un petit sourire en coin). Je pense qu'ils le font plus avant qu'après quand même...Enfin je ne sais pas...Bon, il doit y en avoir qui le font après...Ou alors ils vont voir le nom de la molécule que tu as prescrite pour voir si c'est bien...Mais j'sais pas. » (FG3 p6)

Certains médecins qui faisaient partie de ceux reconnaissant peu d'impact particulier des médias sur leur pratique, reconnaissaient le fait que les patients fassent des recherches après avoir consulté mais n'avaient pas l'impression que c'était dans un objectif de vérification pour le patient :

«MG24 : Alors après à mon avis, ils peuvent regarder après quand ils savent le diagnostic [...] quand ils ont besoin d'un complément d'information. » (E12 p2). MG24 rejoignait ainsi l'idée d'autonomisation du patient par rapport à sa santé.

III. Adaptation : les stratégies du médecin généraliste

L'acceptation du phénomène par les médecins comme nous l'avons vu (Cf II.C.3) leur permettait d'utiliser des stratégies pour s'adapter au mieux à la diffusion des informations médiatiques en matière de santé dans les médias.

A. Rassurer

1. Rôle de base du médecin traitant

« MG22 : C'est le rôle du médecin. On est là pour ça [...] pour essayer de calmer l'angoisse des gens, de poser les choses, de relativiser. C'est très important aussi. On est un peu un dernier rempart avant l'explosion des cerveaux quoi...C'est notre rôle, c'est notre boulot. Et ce de plus en plus... » (FG4 p26)

« MG20 : [...] on est là pour faire le tri je pense dans le flot qui est déversé par les médias [...]. En venant nous consulter ils sont peut-être plus perdus et angoissés par tout ce qu'ils ont pu avoir à leur disposition [...]. » (FG4 p18)

Les médecins reconnaissaient que souvent c'était aussi l'attente principale des patients de la part de leur généraliste : être rassuré.

« MG16 : Et être rassurés aussi au final. » (FG3 p35)

« MG18 : Oui le premier médicament c'est toi en tant que médecin. » (FG4 p26)

« MG9 : Oui effectivement, pour essayer d'aplanir les choses, essayer d'expliquer les choses, de dédramatiser [...]. » (FG2 p34)

Il était souligné l'importance de toujours être dans la bienveillance : « MG21 : Je pense qu'il ne faut jamais être négatifs. » (FG4 p17)

2. Prendre le temps

Les médecins marquaient l'importance de prendre le temps avec les patients et d'être patient et disponible. Pour eux le médecin généraliste se devait, dans une démarche empathique, de répondre à cette demande de temps du patient.

Cela était l'occasion de donner des explications de santé aux patients, ce qui était un rôle à part entière de leur fonction.

« MG10 : On n'est quand même pas dans un avion où on te dérangerait en te posant une question pendant que tu pilotes tu vois.

- MG9 : Oui il faut remettre les choses à leur place. Rien n'empêche d'expliquer.

- MG8 : Ce sont des questions sur leur santé en plus. [...] Moi je ne suis pas agacée. [...] il ne faut pas les rembarrer et essayer de leur expliquer tranquillement. » (FG2 p25)

« MG22 : [...] le fait que tu aies pris le temps de répondre à un certain nombre de questions, de leur expliquer et ben ils sont contents même si c'est rien quoi [...]. Cela fait partie de notre boulot. [...] Euh il n'y a rien de pire que de ne pas donner d'explications aux patients. » (FG4 p14)

Il était important d'être à l'écoute :

« MG6 : Ben on écoute ce qu'ils ont à nous dire et après on fait en fonction de ce qui les a interpellés dans ce qu'on leur a dit. » (FG1 p18)

« MG21 : C'est de la communication en fait. Il faut écouter les gens. » (FG4 p18)

Certains exprimaient l'idée que la demande de temps pouvait être le véritable motif de consultation :
« MG17 : Moi j'ai une patiente qui a déboulé dans mon cabinet en me disant « mon médecin n'a pas voulu me faire une IRM alors que pourtant je suis tombée sur la tête, il me faut une IRM cérébrale s'il vous plaît » [...].

- MG12 en souriant : Et tu l'as fait ?!

- MG17 : Ben je l'ai examiné en entier, de A à Z au niveau neuro', on a tout testé et ça l'a rassurée et elle a dit « d'accord, je suis assez d'accord de ne pas faire une IRM en fait ». (Sourire) » (FG3 p17)

3. Trouver le motif caché : Décrypter

Si le médecin ne prenait pas du temps avec son patient justement, il risquait de passer à côté d'éléments importants :

« MG22 : Voilà c'est pas juste paf paf, vous voulez ou vous ne voulez pas donc hop, on passe à côté. Non il faut discuter avec les gens [...]. » (FG4 p5)

« MG2 : Et puis il y a tout ceux qui n'est pas dit hein quelque part...Pour ce qui est donc des demandes des patients euh...on ne sait pas bien qu'est-ce que c'est qui a motivé certaines demandes... » (FG1 p6)

MG25 développait cette fonction comme le fait d'explorer les représentations du patient, c'est à dire travailler sur ce qui fait sa subjectivité : « MG25 : Il faut arriver à explorer les représentations. C'est-à-dire « j'ai vu que, j'ai vu à la télé, ils ont dit que » alors bon. Soit on s'arrête là [...], soit [...] il va falloir encore prendre du temps, pour arriver à explorer la représentation de qu'est-ce que cela a été, qu'est-ce qu'ils y ont vu à cette télé, qu'est-ce que cela a évoqué, qu'est-ce que cela a dégagé, pourquoi d'un coup ils vont être réfractaires, qu'est-ce qui leur a fait peur et ensuite pouvoir retravailler là-dessus. Soit travailler sur la subjectivité soit travailler sur l'objectivité. » (E13 p1-2)

Comme on l'a vu, il était noté parfois des difficultés à rassurer à cause de l'anxiété permanente véhiculée par les médias (Cf I.B.2) ou dans la situation du Levothyrox® (Cf Modélisation p69).

B. Encadrer : Être l'intermédiaire patient-média

1. Eduquer le patient dans son utilisation des médias

a. L'orienter

« MG8 : Il faut quand même les orienter je pense sur les bons médias justement. » (FG2 p37)

« MG22 : Le rôle du médecin est là pour contrebalancer des rumeurs. » (FG4 p5)

« MG21 : On donne la caution scientifique de ce qui s'est dit dans les émissions. » (FG4 p5)

b. Conseiller certains sites internet

Les médecins participants reconnaissaient préférer orienter leurs patients vers différents sites internet pour assurer plus de qualité dans les recherches internet des patients.

« MG1 : [...] Les sites que je leur conseille j'y suis allée. [...] »

- MG5 : *Oui c'est bien de les utiliser pour leur apprendre à chercher intelligemment, à ne pas aller sur Doctissimo (Sourire de tout le monde), leur expliquer comment chercher une vraie source scientifique s'ils en ont vraiment besoin. » (FG1 p15)*

« MG2 : [...] sur internet je dis voilà il faut que ce soit certifié, il faut qu'il y ait HON à la fin sur les sites. » (FG1 p16)

« MG18 : *Moi j'essaie d'avoir pour chaque type de pathologie un site de référence vers lequel je peux orienter. » (FG4 p31)*

Orienter le patient dans les médias valorisait finalement la fonction du médecin : « MG23 : *Parce que l'on voit de tout sur internet je pense aussi donc en donnant de bons sites, intéressez-vous à cette revue-là...Je pense que cela peut donner un peu plus de valeur à la parole du médecin. » (E11 p3)*

c. Lui apprendre à faire le tri

Même si le but était que le patient soit plus autonome dans ses recherches, le médecin était là si le patient en avait besoin.

« MG16 : *Il peut être un complément d'informations, une correction d'informations. » (FG3 p35)*

« MG22 : [...] *on est là pour confirmer ou infirmer ce que disent les médias, pour rassurer les gens... » (FG4 p21)*

« MG8 : [...] *j'essaie de leur expliquer qu'il vaut mieux se fier à toute une communauté scientifique [...] plutôt qu'à 3 personnes qui font du bruit dans les médias et qui passent à la télé. » (FG2 p25)*

Orienter le patient dans ses recherches pour mieux s'informer permet de le responsabiliser dans une démarche d'autonomie :

« MG4 : *Quelque fois ça me fatigue de faire le travail à leur place. C'est eux qui partent en voyage donc ils peuvent aussi aller se renseigner, il y a des sites fiables pour faire la recherche eux même. » (FG1 p6)*

Et au final avoir des connaissances sur un sujet, comme la santé pour le patient, permettait de mieux gérer d'autres informations sur ce même sujet.

2. Limites

Certains pensaient que ce rôle de guider les patients dans leurs recherches était inévitable pour le médecin généraliste « MG23 : *A un moment donné ou à un autre le patient il va te parler de ce qu'il a vu sur internet, ils y vont tous ! Donc à un moment donné...tu es obligé d'en parler [...] »*, d'autres avaient une position beaucoup plus en retrait par rapport à ce rôle. Ils pensaient ainsi plutôt que leur intervention ne devait rester que ponctuelle.

« MG9 : *Oui on peut les orienter sur certains points mais je pense qu'il ne faut pas généraliser. » (FG2 p37)*

« DT : *Tout à l'heure MG1 parlait de valider certaines sources, est-ce que ça vous arrive d'aller essayer de trouver des sources de médias à conseiller ?*

- MG6 : *Non ça pas trop. Enfin...Ils viennent à moi pour me dire ce que je pense de te site, je regarde et je leur dis ce que j'en pense mais après je ne conseille pas vraiment des sites. » (FG1 p17)*

« MG24 : Moi j'aurais plutôt tendance à leur dire : ne cherchez pas sur internet. » (E12 p4)

« MG25 : Nous après on va apprendre à l'utiliser dans notre cabinet. On va chercher les informations. On va apprendre à les utiliser. Mais avec le patient moi je n'aime pas. » (E13 p2)

Certains étaient même peu motivés à exercer ce rôle d'éducation par rapport aux médias :

« MG25 : Peut-être mais cela ne me donne pas envie.

- CP : Donc vous le reconnaissez comme un rôle ?

MG25 : Peut-être. Je ne sais pas. (Se balance d'avant en arrière en regardant en l'air). Je ne sais pas. (Marque de nouveau une pause de 10 secondes sans parler et en fixant la table, soupire). (E13 p4)

MG25 (E13) pensait même finalement que les patients recherchaient en fait peu ce rôle chez leur médecin traitant : « MG25 : Je ne suis pas sûre que les patients ils soient dans une optique de savoir gérer les médias. C'est un effet aussi un peu de masse. [...] Il y a des gens très réceptifs et des gens qui vont avoir tendance à laisser de côté. Pour les gens qui sont très réceptifs je ne suis pas sûre que même une éducation...Je ne suis pas convaincue. Peut-être. Mais je ne suis pas convaincue. » Elle concluait aussi en faisant remarquer que ce rôle nécessitait des outils spécifiques et qu'il était donc limité par l'absence actuellement d'outil mis à disposition du généraliste : « MG25 : Je ne sais pas quel outil on pourrait utiliser ? [...] il nous faudrait d'autres outils pour aider les patients par rapport à la gestion des médias. »

MG24 rejoignait cette idée, trouvant ce rôle « vaste » et était même plus catégorique : « Non je ne ressens pas la demande des patients qu'on leur conseille des sites. ». (E12)

C. Rester sur d'autres bases de la pratique

L'idée générale était ne pas se laisser perturber par les changements apportés par le développement des médias et d'appliquer les fonctions du médecin généraliste apprises par chacun.

1. Le colloque singulier

Il fallait rester sur les bases du colloque singulier.

« MG2 : Moi cela m'a fait réfléchir cette histoire euh...parce que finalement [...] l'objectif c'est que l'on fonctionne dans un colloque singulier dans lequel il y a que nous et le patient. S'il y a 2-3 personnes de plus dans la consultation, on va essayer d'avoir une consultation avec un seul. Et donc s'il vient dans la consultation avec un autre média, on va virer le média. [...] on est formés à faire du colloque singulier et à informer. [...] Tout l'art c'est effectivement qu'il n'y est plus le média, qu'il n'y ait plus que lui, moi et ma communication. [...] Et je pense que tout le jeu c'est ça. C'est de virer les médias, quel qu'il soit, pour être dans le colloque singulier [...]. L'objectif c'est de virer la tierce personne je dirais quelque part, média ou quel qu'il soit [...]. » (FG1 p19)

2. Investiguer

- Raisonner comme avec tout symptôme

Face à des informations issues des médias rapportées par les patients, l'idée était de faire comme avec tout symptôme et de rester dans le raisonnement médical habituel.

« MG2 : J'utilise la même trame que j'utilise pour investiguer un symptôme : qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que vous avez entendu allez-y racontez moi. [...] C'est : j'investigue, j'écoute vos mots et après je propose C'est vrai que souvent, même toujours, toujours, je vais m'astreindre à le faire. [...] Investiguer c'est investiguer ce que le patient rapporte de...hein

- MG7 : Oui mais c'est ça. Qui vous a dit ça et qu'est-ce qu'on vous a dit exactement.

- MG2 : Comment ça s'est passé, qu'est-ce que vous avez entendu, qu'est-ce que ça vous fait...Enfin voilà c'est de la clinique de...de...de voilà de médecin de base. » (FG1 p15)

- Faire ses propres recherches pour les sujets médiatiques

« MG7 : [...] après c'est vrai qu'il y a des...il y a des trucs très médiatiques, [...] où du coup je suis allé regarder sur internet ce qui se passait quoi. Parce qu'au bout d'un moment, sans avoir eu la source du début, sans savoir ce qui s'est dit et qui c'est qui l'a dit...c'est difficile. Quand il y en a 6 ou 7 dans la journée qui débarquent avec le même truc ! » (FG1 p15)

D. S'approprier la diffusion de l'information médiatique sur la santé

L'idée était celle d'une meilleure implication des médecins généralistes dans l'information médiatique sur la santé.

« MG22 : Et ça c'est notre rôle au niveau médical...On pourrait s'organiser pour faire ça oui, et mieux faire passer cette information. [...] c'est-à-dire profiter des médias d'une certaine façon pour diffuser l'information. » (FG4 p34)

1. Dans la salle d'attente et dans le cabinet

Si la diffusion d'informations sur la santé dans la salle d'attente des médecins n'était pas un phénomène nouveau, il était possible de mieux développer et rentabiliser cette possibilité d'informer le patient pendant qu'il est en salle d'attente.

« MG12 : Et moi en fait pour la communication par les médias, pour ma salle d'attente j'ai fait un PowerPoint parce qu'on a une télé. Et du coup tout ce qui m'énerve, pour arrêter de le répéter [...]. Comme ça, cela m'économise. Aussi pour tout ce qui est dépistage [...]. Pour faire passer un message ! (Fais un geste de gros titres avec ses mains). » (FG3 p27)

Il était du devoir du médecin généraliste de diffuser de l'information médicale au sein même du cabinet de consultation :

« MG2 : Alors je me disais peut-être, s'il y avait dans ma consultation euh une bande qui passait sous l'ordinateur de type flash info ou autre chose euh...est-ce que dans nos cabinets il y a des médias ? De type est-ce qu'on met dans le cabinet des affiches qui disent « le vaccin sauve » ou autre chose ? Est-ce que nous on a ça dans le cabinet ? [...]

- MG3 : Pourquoi est-ce que tu parles du cabinet et pas forcément de la salle d'attente ?

- MG2 : Parce que le cabinet c'est le lieu du colloque singulier [...]. » (FG1 p19)

Certains utilisaient des supports d'information dans leurs consultations :

« MG17 : J'essaie de me faire des petites fiches pour pas justement que ça parte dans tous les sens, de ce que j'ai dit pendant la consultation. [...] Donc j'essaie d'avoir des petits supports, surtout pour certaines pathologies, surtout pour la grossesse, les régimes ou les trucs comme ça.

- CP : Que vous avez fait vous ou que vous avez pris sur internet ?

- MG17 : Que j'ai faites moi.

- MG12 : [...] Je marche beaucoup à ces supports [...] j'imprime des feuilles toutes faites, genre sur l'ostéoporose. » (FG3 p34)

2. Création de sites internet d'information par les médecins généralistes

L'idée que les médecins généralistes créent des sites d'informations sur la santé destinés aux patients était particulièrement développée au sein du FG4 et les médecins reconnaissent une dépense de temps qui pouvait permettre ensuite d'en gagner dans l'objectif d'une meilleure prise en charge du patient.

« MG22 : Alors, il y en a qui commencent à le faire. Soit des spécialistes, soit certains généralistes [...]. Ils ont créé un site et sur leur site ils donnent des informations, en plus de pouvoir prendre rendez-vous avec leur médecin, les patients ont aussi des informations de santé. Cela peut être l'avenir... Mais bon c'est chronophage aussi. Cela peut être bien que les patients sur notre site, si on en crée un, puissent trouver plein de réponses à leurs questions. [...]

- MG18 : Il vaudrait mieux qu'il y ait un seul site de référence...

- MG22 : Oui tout à fait. Un seul site de référence... Mais ce n'est pas facile pour que tout le monde soit d'accord... Alors peut-être par région ou par maison médicale ou par groupe parce que maintenant on développe des pôles [...]. » (FG4 p33)

« MG22 : C'est de l'information médicale. [...] Mais une information vraie, vérifiée et claire. Et pourquoi pas ? [...] C'est du boulot mais comme de plus en plus on sera regroupés, il y aura des secrétaires qui pourraient éventuellement nous aider à le faire. » (FG4 p34)

Cela pouvait être intégré à l'éducation thérapeutique que doit faire le médecin généraliste.

« MG19 : Oui ça sur le regroupement il y a l'éducation thérapeutique qui se développe aussi. Ce serait sur le même modèle... » (FG4 p34)

3. Une meilleure information pour l'orientation des patients

Certains médecins pensaient qu'il faisait partie de leurs rôles de s'impliquer dans le fait de mieux informer les patients sur comment ils devaient consulter (par exemple comment consulter le médecin de garde le weekend plutôt que d'aller aux urgences ou au contraire quelles étaient les situations où il fallait s'y rendre etc.)

« MG18 : Il faudrait aussi au niveau des médias au niveau pôles santé, un truc qui aiguillerait les patients sur internet. [...] « J'ai une otite, il est vendredi soir 22h, [...] je fais quoi ». [...] Parce que c'est vrai qu'ils vont tous aux urgences et il y en a plein ils ne savent juste pas où aller quoi... » (FG4 p33)

« MG20 : Après à Montoux il y a un affichage dynamique pour dire les médecins de garde.

- MG18 : Et ça c'est très bien ! » (FG4 p33)

Mais pour certains donner des conseils d'orientation aux patients en fonction de leurs symptômes n'aiderait pas les médecins car c'était l'inquiétude des patients qui les poussait à consulter :

« MG23 : Pfff. Franchement je n'en sais rien. Parce que les gens qui veulent consulter ils consulteront quand même, quand ils sont inquiets [...]. (Hausse les épaules). Je ne suis pas sûre que cela nous aide en fait. » (E11 p4)

4. Implication dans les médias de masse

Dans l'intérêt médical, les médecins devaient plus s'investir dans l'information médiatique de masse car ils reconnaissaient comme bénéfique l'intervention des médecins qui y étaient déjà présents.

« MG22 : Il y a l'urgentiste aussi le matin sur Europe 1 qui a des réponses tout à fait logiques et médicales. Il essaie de vulgariser mais c'est bien, c'est d'un bon niveau quoi.

- MG18 : Et ça il y en a de plus en plus des émissions comme ça, toutes les radios ont la leur presque.
» (FG4 p14)

« MG23 : Et là je ne sais pas si tu as vu, il y a une vidéo récemment qui circule de Michel Cymes sur le Professeur Joyeux. Et j'ai trouvé ça cool cette vidéo ! » (EI1 p1)

Cette implication dans les médias de masse permettrait une meilleure unité des médecins face aux informations médiatiques sur la santé.

« MG22 : Moi j'ai souvent essayé de plaider [...] pour que tous les médecins aient le même discours [...] pour que les patients gardent confiance en leur médecin, il faut que l'on ait tendance à dire à peu près tous la même chose. [...] Rien que le fait que les médecins entre eux ne soient pas d'accord c'est déstabilisant pour les patients. » (FG4 p34)

5. Le médecin généraliste n'est pas le seul concerné

Si les médecins reconnaissaient devoir mieux s'approprier l'information à travers les médias, ils pensaient ne pas être les seuls à devoir le faire.

a. Rôle de l'Etat

L'idée était de remettre le médecin au centre de l'information du patient et pour cela ils devaient être les premiers à être informés par les autorités sanitaires, ce qui n'était pas toujours le cas (Cf IV.B)

« MG22 : C'est pour ça qu'il y a quand même plus de positif que de négatif avec les grandes campagnes mais l'Etat pourrait quand même faire des choses un peu plus ciblées... » (FG4 p28)

Concernant les scandales sanitaires : « MG21 : Si cela nous a ébloué c'était par des décisions qui étaient à un niveau je pense supérieur. » (FG4 p23)

A propos du Médiateur® : « MG21 : Oui de toute façon je crois que surtout le problème c'est que l'Etat ou les politiciens, les décideurs ont mis du temps à retirer les médicaments. » (FG4 p22)

Concernant l'information des praticiens, les médecins déploraient le fait de ne pas être correctement informés par les autorités sanitaires et dénonçaient des défaillances. Cela avait été particulièrement problématique dans le cas du Levothyrox® comme nous le verrons (Cf IV.B).

« MG4 : Oui il y a des informations qui nous arrivent par la voie médicale après (insiste sur ce mot) le grand public. » (FG1 p7)

« MG12 : La dernière fois c'était les aérosols que l'on n'a plus le droit de prescrire.

- MG15 : Oui voilà c'est ça. Ça aussi je l'ai appris par les médecins que je remplace.

- MG14 : Moi c'était par les pharmaciens.

- MG17 : Ah ben moi je l'ai appris par un patient ! (Rire)

- MG13 : Moi aussi par une patiente. » (FG3 p33)

Ils déploieraient aussi le fait ne pas être plus soutenus par l'Etat :

«MG22 : Il devrait y avoir de grandes campagnes, je pense ça depuis longtemps, et l'Etat ne le fait pas. Il ne joue pas son rôle à ce niveau-là, d'explications de la démarche scientifique de la médecine. [...] on fait avec les connaissances à l'instant T et on ne peut pas deviner ce qui va se dire 2 ou 5 ans après s'il y a une étude en cours et qui va démontrer l'inverse [...]. » (FG4 p7)

« MG20 : [...] il y a un manque d'éducation de la population vis-à-vis du corps médical. » (FG4 p8)

b. Rôle de l'Ecole

La santé devait être plus et mieux abordée à l'école dès l'enfance : « MG22 : Mais voilà pour qu'il n'y ait plus ce mystère face à la maladie, face au corps, face à la médecine, que les gens sachent un peu mieux gérer leur corps et peut-être qu'ils viendraient moins... On leur apprendrait comme dans certains pays, des pays anglosaxons en particulier cela se fait, et peut-être qu'ils viendraient moins pour le moindre rhume ou des trucs comme ça. » (FG4 p9)

c. Rôle du ministère de la santé

Les médecins regrettaient le fait que certaines informations de santé (exemple la modification du calendrier vaccinal 2018) soient traitées au grand public par les médias traditionnels alors que ces informations devraient être amenées par des services spécialisés.

« MG17 : [...] Et donc si c'est obligatoire c'est que c'est un complot ! [Sourit]

- MG14 : Et c'est clairement les médias parce qu'on en a entendu parler pas mal à la télé. C'est les médias qui ont fait passer ce message. Ce ne sont pas les médecins qui en ont parlé directement aux patients en premier lieu. » (FG3 p5)

Les médecins avaient l'idée de création de service de communication avec des médecins de Santé publique : « MG20 : Il faudrait des médecins, éventuellement en santé publique, qui fassent le lien avec les cliniciens et avec l'opinion publique. [...] Il faudrait un service communication au ministère de la santé mais avec des médecins. » (FG4 p33)

d. Rôle d'autres professionnels de santé

L'apport d'informations sur la santé à travers des programmes d'éducation thérapeutique n'était pas un concept nouveau mais les médecins pensaient que ces méthodes devaient être encore renforcées.

« MG19 : L'éducation thérapeutique de groupe cela se développe énormément, sur l'obésité, sur le diabète. Je crois que Carpentras c'est le plus abouti sur le Vaucluse.

- MG22 : Ben oui cela a bien évolué. Nous à Carpentras on a une infirmière [...] qui travaille très bien. Cela devrait se développer ça... Oui il faut. » (FG4 p33)

E. Intégrer le sujet à la formation des médecins généralistes

Le sujet concernant le domaine de la relation avec le patient, certains participants pensaient qu'il devait être mieux représenté dans les études de médecine.

« MG20 : Oui non ça il n'y a jamais eu d'approche psychologique d'aucune façon [...] dans les études de médecine. On ne nous apprend pas à gérer les émotions ! » (FG4 p9)

D'autres reconnaissaient que le sujet avait été abordé :

« MG15 : Nous on l'avait étudié en Sciences humaines et sociales en P1. C'était un des thèmes du cours, la relation des médias avec les patients donc du coup dès la P1, c'était intégré à la médecine quoi ! (Tous les autres prennent un air surpris). » (FG3 p24)

Les jeunes médecins qui n'avaient pas eu de cours sur le sujet durant leur formation pensaient néanmoins que, même si cela pouvait être utile, ils étaient finalement préparés par le fait d'appartenir à cette « génération médiatisée » :

« MG12 : Presque on ne se posait pas la question parce que ça fait partie de notre...

- MG17 : Quotidien.

- MG13 : Génération. » (FG3 p23)

Ils pensaient aussi que certains stages de leur internat avaient pu les y préparer :

« MG17 : Par les stages oui. Mais par les stages en libéral, par l'hôpital pas du tout, par le SASPAS et le prat' oui. (MG16 met l'index sur la bouche et lève les yeux semblant réfléchir.)

- MG13 : Oui. (Fait oui de la tête vers MG17). » (FG3 p23)

« MG23 : Ben moi en tout cas cela se fait naturellement parce qu'en fait je ne m'étais jamais aperçue que je les éduquais par rapport à ça ! » (E11 p5)

Certains pensaient que le sujet était traité en cours comme MG25, enseignante à la faculté pour les internes de médecine générale :

« MG25 : Il n'y a pas 7h là-dessus, sur Média et patients, mais c'est une question qui est abordée dans les relations complexes médecin-patient.

- CP : Si cela pose problème aux internes ils ont donc la possibilité d'en parler ?

- MG25 : Ah tout à fait ! Tout à fait. Et c'est très souvent abordé. [...] » (E13 p5-6)

Par contre certains ne voyaient pas d'utilité à cette formation : « MG24 : Non parce que moi cela ne me gêne pas dans ma pratique. » (E12 p5)

F. Le patient

Quelles que soient les stratégies utilisées, les médecins pointaient le fait qu'il y avait un élément non complètement maîtrisable : le patient.

« MG20 : Après, comme dit mon oncle qui était médecin aussi : C'est une consultation donc ils viennent prendre un avis et après ils décident ou non de suivre les consignes qu'on leur a donné et c'est leur liberté individuelle. » (FG4 p25)

Sans avoir besoin des médias, certains patients étaient bornés et fermés au fait de recevoir une information différente de ce qu'ils pensaient :

« MG7 : Après oui il y en a qui sont problématiques sur des gens qui sont un peu plus convaincus et qui ont fait des recherches pour aller dans leur sens à eux. » (FG1 p8)

« MG13 : Après c'est plus ceux qui mettent tout en question [...] tu sais que la discussion voilà elle est close d'avance donc en fait tu te demandes pourquoi est-ce que tu discutes. » (FG3 p21)

« MG16 : En fait il faut évaluer les gens qui veulent amener le débat des gens qui ne veulent pas. » (FG3 p19)

Tous les patients n'avaient pas la capacité à prendre du recul rapport aux informations médiatiques :

« MG4 : Moi je trouve que c'est très variable. Il y a des gens qui ont vraiment envie de s'intéresser à ce qu'ils ont et d'essayer de comprendre et de faire une recherche un peu poussée. Et puis il y a ceux qui prennent ce qui leur tombe dans les mains et qui en font une montagne sans y réfléchir. » (FG1 p7)

« MG18 : Alors qu'eux ils tapent et c'est la première chose qui sort qui a raison quoi.
MG22 : Oui c'est Doctissimo et machin, les forums etc... » (FG4 p11)

De la même façon, certains patients faisaient des recherches pour s'informer avec pertinence alors que d'autres non : « MG9 : Il y a certains patients dont on sait qu'ils regarderont intelligemment. [...] Je pense que ce n'est pas tous les patients. » (FG2 p13)

Il existait aussi un phénomène générationnel par rapport aux informations des médias : « MG16 : Moi je dirais que cela dépend des générations. (MG12 hoche la tête) Parce que les personnes âgées elles ont plus confiance, elles n'ont pas cet abord avec les médias plutôt. [...] les générations les plus jeunes aiment savoir les choses, même sans comprendre le fond, elles aiment savoir. Et du coup elles vont chercher sur internet. » (FG3 p16)

Les médecins devaient faire avec la subjectivité de chaque patient :

« MG20 : Le problème c'est que l'on touche là au domaine de l'affectif et à partir de ce moment-là, il n'y a plus aucune rationalité. » (FG4 p25)

« MG8 : Après oui on a le rôle que le patient veut bien nous donner hein en fait. » (FG2 p34)

Certains profils de patients pouvaient aussi être plus sensibles au phénomène.

« MG10 : Pour l'anxieux phobique pour alimenter sa phobie il trouve toujours hein... » (FG2)

« MG22 : Oui. Les hypochondriaques aussi. » (FG4)

« MG5 : Ceux qui ne sont pas que pour l'allopathie aussi. » (FG1)

« MG1 : Oui aussi. Les méfiants. Les anxieux et les méfiants. » (FG1)

Ils reconnaissaient enfin que leur propre ressenti du phénomène pouvait être aussi fonction du patient : « MG13 : Moi cela dépend vraiment des patients en fait. Cela dépend vraiment des demandes, de la façon dont ils abordent les choses. » (FG3 p21)

IV. Le Levothyrox

Le sujet du Levothyrox est apparu comme étant l'exemple (à la période où s'est déroulé notre recueil de données) qui illustre tous les aspects du ressenti négatif des médecins généralistes par rapport aux médias. Le Levothyrox était ainsi pour eux, l'histoire médiatique la plus marquante la plus récente.

Il était apparu que le sujet était une catégorie à part entière, systématiquement évoquée par tous les participants, pour chaque focus group et pour chaque entretien individuel.

A la première question de généralités sur les médias et la pratique MG21 répondait : « Alors le Levothyrox pour commencer ! » (FG4)

« CP : Pour introduite le sujet si je vous dis média et santé qu'est-ce que cela vous évoque ?
- MG12 : Levothyrox ! » (FG4)

A. Une situation extrême

1. Un passif

A travers le Levothyrox, les médecins avaient l'impression de payer le prix de scandales médicaux passés :

« CP : Et quel est le rôle des médias tu penses dans le cas du Levothyrox ?
- MG23 : Ben, c'est pareil ! Cela a vachement joué. Qu'il y en a pour qui cela avait marché, d'autres pour qui cela n'avait pas marché...(Soupir). Avant, il y avait le Médiateur aussi. [...] Là aussi il y a eu tout un démêlé et ils ont joué un grand rôle dans ça. » (E11 p2)

« MG10 : Ce qui avait préchauffé le problème du Levothyrox, il me semble, c'est l'histoire du Médiateur. [...] Je pense que les gens étaient préparés par ça. [...] Mais je crois que le Médiateur ne nous a pas servi hein franchement.

- MG8 : Ça oui, cela a laissé des traces. » (FG2 p27)

2. Impression d'Hystérisation

MG25 parlait « d'une psychose » et confiait l'impression qu'elle avait eu de devoir raisonner les patients : « Quand on est arrivé à octobre, l'Euthyrox pendant 15 jours et le L-Thyroxine que l'on savait arriver le 15 octobre, on a dit aux gens écoutez, vous avez 15 jours à tenir, on va peut-être temporiser un peu. Parce que d'un coup c'était « je veux l'Euthyrox ! ». Et je leur disais, écoutez il y a 100 000 boîtes et il y a X millions de personnes qui sont sous hormones thyroïdiennes...Et il y a 100 000 boîtes ! Vous voulez faire quoi là enfin ! » (E13 p7)

Cette impression était partagée par MG15 : « Moi, c'est le Levothyrox aussi, quand il y avait toute la polémique là. J'ai une patiente qui est venue me voir, elle n'avait pas pris le nouveau encore parce qu'il lui restait des stocks de l'ancien. Et elle voulait à tout prix que je lui fasse une ordonnance pour l'Euthyrox parce qu'elle était sûre qu'elle allait avoir tous les symptômes qui avait été décrits dans les médias. [...] donc j'ai passé, je pense, au moins 45 min à lui dire que je ne lui ferai pas quoi. Et elle est partie pour, je pense, aller demander ailleurs. [...] Mais le pire, c'est qu'elle ne l'avait même pas essayé, c'était juste par rapport à ce qui avait été dit à la télé. » (FG3 p7)

Certains avaient une impression de psychose : « MG14 : Moi, j'étais aux urgences à ce moment-là quand cela en parlait beaucoup et j'avais au moins 3 patients par jour qui me demandait pour des douleurs ou je ne sais même plus mais qui n'avaient rien de spécial et qui me disaient « vous pensez que cela peut venir du Levothyrox ? » » (FG3 p8)

- Lien actualité et plaintes des patients

Cette impression d'hystérisation avait été renforcée avec le fait d'avoir remarqué le lien entre actualité médiatique et plaintes des patients. En effet, si les médecins reconnaissaient avoir eu de nombreux patients dont les plaintes s'avéraient être liées à une hypothyroïdie biologique, ils déclaraient aussi avoir été perdus et avoir eu du mal à faire la part des choses entre ce qui était de la clinique et ce qui était des symptômes liés, en fait, à l'actualité médiatique.

« MG19 : Et au niveau des patients, moi, j'en ai vu, alors que le changement de formule, c'était fait depuis quelques semaines, qui sont venus se plaindre d'effets secondaires à partir du moment où c'est sorti dans les médias. Alors qu'il y en a qui se plaignaient d'effets secondaires dès le début. Il y en a très peu mais il y en a. » (FG4 p3)

MG17 déplorait dans cette situation un manque d'intérêt porté à la chronologie des faits : « Mais il y en a, surtout, ils ne mettent pas la chronologie. Il y en a qui ont eu des symptômes avant même de changer de truc... » (FG3 p8)

- Trouver un coupable à tous les maux

Au final les médecins avaient l'impression que le Levothyrox était devenu le coupable désigné à tous les maux possibles des patients :

« MG17 : Il y en a qui sont arrivés en me disant « moi le Levothyrox j'ai entendu que cela faisait ça et moi, ça me fait pareil ». » (FG3 p11)

« MG16 : Oui, les personnes dépressives, ben, avec le Levothyrox, on peut l'accuser, c'est pratique, allez c'est lui, hein. « Ah vous voyez, vous vous sentez déjà mieux ! » Rire collectif.

- MG12 : C'est clair ! » (FG3 p20)

3. Un phénomène d'ampleur

- Nombreux patients concernés ; Pathologies fréquentes

Pour les médecins, la situation avait pris des proportions extrêmes du fait de la fréquence de l'hypothyroïdie et donc du grand nombre de patients traités.

« MG22 : Le Levothyrox, cela touche tout le monde parce que c'est quand même une pathologie qui est très fréquente. » (FG4 p21)

« MG11 : Et puis, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de patients sous Levothyrox ! Tous font oui de la tête en ouvrant de grands yeux.

- MG10 : Ça, c'est vrai. Enormément. Je ne pensais pas autant. » (FG2 p34)

- Emballlement médiatique

Les médecins s'étaient aussi sentis dépassés par la situation du fait de l'emballlement médiatique et de l'effet de masse des patients concernés.

« MG19 : Et alors, après, on a eu une grosse boule de neige. » (FG4)

« MG14 : Et puis, ils en parlent entre eux, ça fait monter et ça fait monter... (Geste ascendant avec ses bras) » (FG3)

- MG12 : Exactement. Parce que du coup, ils font partis de l'association, donc j'imagine que tous les mois, toutes les semaines, ils ont des mails sur les nouveaux cas etc... » (FG3 p20)

« MG15 : Oui, puis sur le Levothyrox, je trouve surtout que l'on n'a pas entendu les gens à qui ça n'a strictement rien changé. On n'a parlé que de ceux pour qui...[...] En fait, on n'a entendu que les témoignages négatifs alors qu'il y en a qui ont très bien vécu le changement...Il y a eu un effet de masse là... » (FG3 p8)

- Envahissement des consultations

L'emballement avait été tel que les médecins décrivaient l'impression d'avoir été envahis par ces consultations.

« MG3 : Alors, effectivement, le Levothyrox a un peu envahi nos consultations médias. » (FG1)

« MG25 : Mais, parce qu'entre avril et octobre de l'année dernière, mais euh... (Ecarquille les yeux). C'était deux à trois patients par jour ! » (EI3)

« MG4 : Alors là, ben, le Levothyrox a fait beaucoup parler de lui ces derniers temps, donc bon pratiquement tous les jours, on a quelqu'un qui nous pose des questions. » (FG1)

Les médecins ressentait une telle pression qu'ils se sentaient parfois obligés d'en parler quand les patients ne le faisaient pas : « MG16 : [...] quand les médias se sont mis à parler du Levothyrox, je travaillais en SASPAS avec une endocrinologue à ce moment-là. Et donc des fois, cela ne venait pas du patient mais ça venait des médias parce que, vu que tout le monde en parlait, elle se sentait obligée d'en dire un petit mot aux patients en disant « même si c'est dans les médias, ne vous inquiétez pas cela va aller ». » (FG3 p10)

- Des situations extrêmes

Les médecins avaient été confrontés à différentes situations inconfortables.

- Rupture de relation

« MG12 : Et combien j'en ai récupéré parce que...

- MG14 : Des autres médecins énervés ?

- MG12 : Non, parce qu'ils se sont faits recalés. [...] avec le Levothyrox, j'ai récupéré énormément de patients parce que les autres médecins les ont envoyés bouler ! Il y en a qui m'ont dit « mon médecin s'est énervé, je n'ai pas compris. Et pourtant mon médecin ça fait des années et des années que c'est mon médecin et je lui ai à peine dit Levothyrox et il m'a envoyé bouler ». » (FG3 p31)

- Certificats médicaux pour porter plainte

« MG12 : Puis, avec le Levothyrox, je trouve que cela est allé très loin. Et moi, les gens quand ils arrivaient, ils faisaient déjà partie d'une association contre le Levothyrox, ils venaient pour faire des certificats pour porter plainte...

- MG17 : Oui, il y a des pétitions qui tournent encore... » (FG3 p20)

« MG10 : Et pour le Levothyrox, il y a un avocat avignonnais aussi qui a demandé aux gens, enfin qui leur a promis 10 000 euros de dommages et intérêts. [...] Parce que ça, c'était dans la presse locale et du coup, il y a des gens qui sont venus me demander où il était [...], son adresse. Parce qu'ils m'ont dit peut-être que l'on peut avoir 10 000 euros de dédommagement puisqu'on a souffert... » (FG2 p10)

- Ruptures thérapeutiques

« C'était une catastrophe ! » disait MG9 à propos des patients qui arrêtaient le traitement substitutif.

« MG9 : [...] cela a été tellement médiatisé qu'il y en a beaucoup qui ont arrêté leur traitement et que ça, c'est catastrophique [...]. » (FG2)

« MG12 : Moi, il y en a qui vont en Espagne.

- MG14 vers MG12 : C'est ça ! Il y en a qui vont aussi en Belgique.

- MG15 : Ou en Italie. » (FG3 p8)

B. Accuser les autorités sanitaires

« MG22 : Ce n'est pas le Levothyrox en lui-même, c'est la présentation des problèmes par l'Etat, par les agences de l'Etat. [...] Les médias reprennent les choses et parfois les accentuent, mais c'est surtout l'Etat qui est responsable en fait. » (FG4 p2)

Comme nous l'avons vu (Cf II.D.5) les médecins ne sont pas les seuls à devoir mieux maîtriser la diffusion de l'information en santé.

1. Une mise à l'écart de l'information

- Défaut d'information

Les médecins regrettaient de ne pas avoir été informés en amont du changement de formule.

« MG22 : [...] alors que l'on devrait nous prévenir avant qu'il va y avoir telle situation [...]. » (FG4 p3)

« MG20 : [...] sans avoir eu d'informations en amont de la part du Gouvernement. » (FG4 p3)

Ils reconnaissaient une information : « MG17 : On avait aussi reçu 2 pages. Je ne sais plus si c'était issu du Gouvernement ou...qui présentaient les formules possibles, celles qui vont disparaître et celles disponibles, et qui nous disaient ce qui avait changé et dans quel but, pour stabiliser la molécule. » mais qui était arrivée trop tard et qui ne les avait donc pas aidés. » (FG3 p32)

« MG25 : La première information de l'Afsaps euh est arrivée... ben presque euh, ...début...au moment où ils allaient mettre en place l'Euthyrox et qu'ils allaient faire venir 100 000 boîtes, donc début octobre, alors que le problème avait commencé début avril » (E13 p4)

L'information des médecins n'avaient pas non plus été régulière en fonction de l'évolution de la situation :

« MG3 : On avait reçu un courrier effectivement disant qu'il fallait reconstruire les TSH de nos patients parce qu'il y avait un changement de formulation...

MG7 : Ouais, au mois de mars ! » (FG1 p10)

Ainsi ils ne s'étaient pas sentis préparés :

« MG8 : On n'était pas préparés. (Fait non de la tête) » (FG2 p29)

« MG25 : Et on n'avait pas d'information hein. En tant que professionnels de santé, on n'était sans recommandations. [...] On est restés 6 mois (Fais semblant de nager) dans un flou artistique. » (E13 p4)

Et cette absence de préparation expliquait la violence du vécu pour les médecins : « MG20 : C'est une polémique que l'on a pris de plein fouet sans avoir eu d'informations en amont de la part du Gouvernement. » (FG4 p3)

- Être les derniers au courant

Alors qu'ils avaient été mal informés, ils avaient en plus constaté l'avoir été aussi en dernier par rapport à d'autres professionnels de santé voire même par rapport aux patients, se sentant ainsi complètement oubliés dans l'information des autorités sanitaires.

« MG6 : J'ai un peu l'impression que l'on était informés les derniers donc... » (FG1 p1-)

« MG8 : Ah oui, complètement. C'est-à-dire que l'information...Ce qui a posé souci, c'est que tout le monde s'est retourné sur nous alors qu'on n'était pas au courant finalement.

- MG9 et MG11 en même temps : Pas plus qu'eux en fait... » (FG2 p3)

« MG25 : 1er octobre, nous, ce sont les pharmaciens qui nous ont transféré voilà les informations de l'Afsaps. » (E13 p4)

« MG19 : Oui et c'est là que je ne comprends pas leur logique de ok on informe les pharmaciens mais pas les médecins [...] C'est ce qui était, moi je trouve, malhonnête entre guillemets, c'était que les pharmaciens étaient informés du changement de formule...[...] Et nous (Souffle) rien ! Rien du tout. » (FG4 p3).

- Être obligé de courir derrière l'information

Face à cette absence d'informations par les autorités sanitaires, les médecins avaient été obligés de s'informer par leurs propres moyens :

« MG6 : Ben, c'est vrai que pour le Levothyrox, j'ai fait comme toi (vers MG7), je suis allée voir [...] on était bien obligés d'aller chercher les informations pour savoir [...], pour comprendre les interrogations qu'ils avaient surtout. » (FG1 p16)

« MG17 : Ben moi, au bout de la quinzième question, je suis allée voir sur internet. » (FG3 p32)

- Impression d'inversion de la relation

Les médecins décrivaient comme précédemment cette impression d'être informés par les patients mais ce sentiment était amplifié dans le cas du Levothyrox et était difficilement vécu.

« MG14 : Ben moi, pour le Levothyrox, c'était ça hein ! Quand on m'a demandé la première fois...j'ai dit « écoutez je ne sais pas... » Et tu vas vite sur ton téléphone pour voir ce qu'ils ont pu lire !

-MG12 : Oui, c'est vrai, les premières fois pour le Levothyrox, c'était ça... » (FG3 p21)

Au final, les médecins se sentaient même moins bien informés que les patients : « MG10 : On n'était pas plus informés que les patients aussi ! (Sourire). C'est ça qui est dingue. » (FG2 p29)

- Une absence de soutien

Du fait du défaut d'informations des autorités sanitaires, les médecins s'étaient sentis déconsidérés.

« MG21 : Ils ne tiennent pas compte de nous. » (FG4 p3)

« MG22 : Ils nous oublient complètement, ils nous shuntent. » ((FG4 p3)

- Ne pas s'être senti aidé

« MG8 : Si on a reçu, enfin moi, j'avais reçu un courrier ou un mail de l'ANSM mais qui ne nous avançait pas plus en nous disant : « oui ben, refaites des contrôles biologiques et puis débrouillez-vous quoi. » (FG2 p29)

2. Une mauvaise gestion imposée aux médecins

Les médecins généralistes s'étaient sentis mis devant le fait accompli par la réaction tardive des autorités sanitaires.

« MG20 : Donc, on nous a donné entre guillemets une espèce de ligne de conduite à tenir avec un discours servi pour calmer l'opinion publique et les patients. » (FG4 p4)

Pour eux, si les médecins généralistes avaient été mieux informés, la situation aurait pu se passer différemment :

« MG22 : [...] Mais c'est sûr que, si nous, on était prévenus avant chaque grand problème comme ça, ça se passerait mieux mais...

- MG19 : Oui. » (FG4 p3)

Les médecins avaient eu l'impression d'être pris en otage à devoir gérer une situation dont ils n'étaient pas responsables et il en résultait un sentiment d'injustice :

« MG17 : En plus, on ne peut rien y faire quoi... Cela a été imposé aux médecins aussi de devoir changer de molécule... » (FG2 p32)

« MG2 : [...] ils balancent des choses sur le marché et puis c'est à nous de rattraper le coup, quoi ! » (FG4 p3)

MG2 se sentait accusé à tort : « Pour aller dans le sens de MG6 effectivement, il ne faut pas oublier que, quand même, il y a eu une communication qui a de façon très nette, dit que tous les médecins de France avaient été informés (met sa main sur le cœur) [...] Donc, c'est quand même le machin officiel ! » (FG1 p10)

De même, MG6 décrivait les reproches qui lui avaient été faits à tort de manquer à ses devoirs de médecin :

« MG6 : Mais moi, j'en ai eu certains là, avec le Levothyrox dernièrement où les patients étaient plutôt remontés. En me disant que je n'avais pas fait mon devoir parce que je ne les avais pas appelés pour les informer que bah, il y avait des risques avec le Levothyrox, au moins 2 ou 3. Et c'est vrai que ben, je me retrouve coincée parce que je leur dis : « ben vous voulez que je vous informe de quoi ? » (Regarde MG7 avec grands yeux). [...] 'y en a 2 ou 3 qui me l'ont reproché (MG3 fait des grands yeux). Et puis, une patiente est même venue exprès pour ça... » (FG1 p10)

La faute était pourtant clairement celle des autorités sanitaires qui avaient manqué à leur devoir d'information : « MG8 : On n'était pas plus au courant. On avait l'impression même, pas plus que l'ANSM qui avait l'air complètement aussi dépassée par les événements. [...] pour le coup, il manquait un intermédiaire un peu expert qui n'a pas fait son boulot. » (FG2 p3)

C. Difficultés à mettre en place les stratégies habituelles

Nous avons vu les stratégies des médecins généralistes mais celles-ci n'avaient pu être appliquées dans « la polémique du Levothyrox » (MG20). (FG4)

MG22 parlait d'impression de devoir « parer au coup par coup ». (FG4)

« MG17 : Oui, c'était vraiment inconfortable quoi... » (FG3)

1. Difficultés à apporter un cadre

Les médecins décrivait l'absence de données scientifiques disponibles à donner à leurs patients et se sentaient ainsi démunis :

« MG25 : [...] et là, c'est compliqué parce que le patient, avec le média, nous amène quelque chose et on n'a rien à mettre en face (Fait le geste d'un combat). » (E13 p4)

Ils ne se reconnaissaient pas dans leurs fonctions de médecin généraliste :

« MG25 : Enfin, bon voilà. Et ça, c'est dommage parce qu'on se dit mince notre métier il n'est pas là...On n'est pas là pour...Enfin (Se tient l'oreille et marque une pause). » (E13 p7)

Il était difficile de gérer le problème comme avec une information médiatique habituelle, ce qui était déstabilisant.

« MG1 : [...] quand un patient ou une patiente vient nous voir avec : « ben, j'ai tels effets secondaires de tel médicament, on est des millions à avoir le même et du coup euh... »Peut-être ce qui peut marcher pour une voisine ne va peut-être pas marcher pour le même effet secondaire pour des millions de gens... [...] Je ne pense pas. » (FG1 p20)

« MG6 : Et puis j'étais un peu embêtée car je ne voyais pas quoi lui répondre... » (FG1 p10)

Ils n'avaient pas de données scientifiques auxquelles se raccrocher :

« MG8 : Mais là, le problème, c'est qu'on avait en plus rien de scientifique auquel se raccrocher...

- MG9 : Non rien, rien. Et tous les articles...rien. Ils n'expliquaient rien... » (FG2 p33)

2. Faire face aux patients

Les médecins avaient l'impression de ne pas pouvoir prendre en charge correctement leurs patients.

« MG25 : Des gens qui ont eu, à un moment donné une mauvaise tolérance. Donc il a fallu aussi l'accepter et puis écouter les gens, écouter la plainte. Dire oui, c'est possible mais actuellement, je n'ai pas d'autre possibilité. [...] Via la discussion, on y arrivait mais encore une fois du temps, du temps (brasse de l'air avec ses mains). » (E13 p4)

Pour MG25, l'absence d'informations cadrées concernant la situation avait entraîné des discordances dans les réponses des médecins et cette absence d'unité entre eux avait malheureusement majoré l'inquiétude des patients : « Et surtout, pendant 6 mois, on a eu zéro info'...Rien. Et début octobre, il y a un communiqué de l'Afsaps qui est tombé. Et ben ! D'accord ok, 6 mois plus tard ! Et pendant ce temps, chaque médecin disait en son âme et conscience « bénéfices-risques » ou ben « physiopathologie » ...euh enfin, on faisait comme on pouvait pour essayer de l'expliquer et de rassurer les gens [...]. » (E13 p7)

MG10 évoquait le fait que, étant mal informé sur le sujet, il ne pouvait pas rassurer ses patients : « Oui tu te noies dans un truc. Tu te dis, mais moi, j'sais pas... (a les yeux écarquillés). [...] Donc déjà, je vais être flou, je suis flou dans ma tête sur ce sujet...C'est la réalité, tu vas dire quoi ? Les types, ils ont sorti un produit, c'est censé être le même et puis, c'est pas le même. Qu'est-ce que tu vas rassurer en fait ? »

MG22 avaient l'impression d'arriver trop tard pour rassurer ses patients : « arriver derrière et d'essayer de rassurer les gens. » (FG4)

De cette impossibilité à rassurer naissait d'autres problèmes pour les médecins : « MG14 : C'est difficile de leur faire changer cette idée précise de c'est sûr : c'est le médicament qui me donne ces symptômes. Ça, c'est très difficile. » (FG3 p20)

« MG20 : Et puis, nous, après, on se retrouve dans une situation où on est obligés de gérer euh...des angoisses, des craintes, plus ou moins justifiées, sans forcément avoir toutes les explications. » (FG4 p2)

Les médecins se sentaient mal à l'aise, ce qui aggravait encore la situation avec les patients :
« MG22 : [...] on est mal à l'aise et les patients le ressentent parfois d'ailleurs. Et ça, c'est un énorme problème. » (FG4 p4)

Et cela entraînait des problèmes de communication et de situations conflictuelles avec les patients.

« MG12 : Là, quand ils venaient te voir, en fait, ils étaient déjà très engagés, très remontés. » (FG3 p20)

« MG6 : Enfin moi, c'est le seul sujet où effectivement j'ai eu des consultations où les gens étaient plutôt remontés. » (FG1 p9)

« MG20 : Moi, je trouve que c'est compliqué de...Parce que comme vous dites (vers MG22) à juste titre, nous, on a la confiance des patients mais en pratique, il faut que, derrière, on puisse avoir suffisamment de fondements scientifiques et de preuves pour pouvoir justement étayer nos propos. Or là, en l'occurrence, on s'est retrouvés dans une situation où on était complètement démunis avec aucune ressource... » (FG4 p4)

Être obligé de s'adapter sans pouvoir proposer de solutions aux patients :

« MG12 : L'endocrinologue m'a répondu « et ben on leur explique que de toute façon, ils n'ont pas le choix ! ». « Ok très bien vous ne le supportez pas mais maintenant moi, je ne peux rien faire ». (FG3)

3. Abandonner

Certains comme MG14 avaient reconnu une tendance à baisser les bras, ne sachant plus comment gérer la situation.

« MG14 : Mais quand ils te disent : « vous pouvez me faire une ordonnance parce que mon fils, il va aller en Belgique, donc il va pouvoir me le prendre. » Pffff. Je n'ai pas envie de passer ¼ d'heure à leur dire oui mais si on essayait de faire bien les choses en refaisant des prises de sang...

- MG16 vers MG14 : Ouais là, c'est trop tard. Quand ils parlent de la Belgique, c'est trop tard !

- MG14 : Donc, voilà, j'abandonne et je fais les ordonnances et puis voilà quoi... [...] Moi, j'ai jeté l'éponge. » (FG3 p19)

« MG12 en souriant avec un geste de la main : Ah ben ouais, qu'ils partent loin avec leur Levothyrox ! » (FG3)

D. Aggravation de la situation par les médias

Si les médecins reconnaissaient le manquement des autorités sanitaires, ils reprochaient aux médias d'avoir aggravé la situation avec toutes les complications citées précédemment (désinformation ; exagération et dramatisation etc...) : « M9 : Malgré tout, il y avait quand même quelque chose à la base. (Hochement de tête de MG11). Le gros problème, c'est que les médias l'ont diabolisé en disant que c'était la catastrophe [...] et que cela a été tellement médiatisé. » (FG2 p32)

E. Un traumatisme

Au total la période avait été pesante pour les médecins généralistes par les différents aspects précédemment exposés.

« MG25 : Voilà, ça nous marque parce qu'il faut une énergie monstrueuse...Et on a l'impression de... (Fait le geste de pédaler), de lutter contre le vent. ». (EI3 p7)

Certains avaient un ressenti assez catégorique :

« MG12 : Ils arrivaient et même les patients, ils étaient agressifs quoi ! Ils s'asseyaient et...Enfin moi j'avais l'impression, je me sentais agressée. [...] Moi je me sentais agressée et je pouvais être agressive. » (FG3 p19)

« MG23 : Et ça me saoule quand ils parlent de leur Levothyrox ! [...] Ça me saoule. » (E11 pp2)

« MG25 : Le Levothyrox, on arrive le soir, on en a ras le bol ! » (E13 p7)

MG10 parlait de « calvaire ». (FG2)

« MG9 : L'été du Levothyrox, cela a été l'horreur. » (FG2 p2)

« MG11 : Enfin l'histoire du Levothyrox...mais cela a été terrible quoi ! » ((FG2 pp12°

« MG14 : Au bout d'un moment, on en a ras le bol ! » (FG3 p31)

Impression d'une situation irréaliste : « MG10 : Des fois, tu avais envie de te réveiller dans ton lit en te disant que c'était une blague en fait, parce que cela ne correspond à rien. » (FG2)

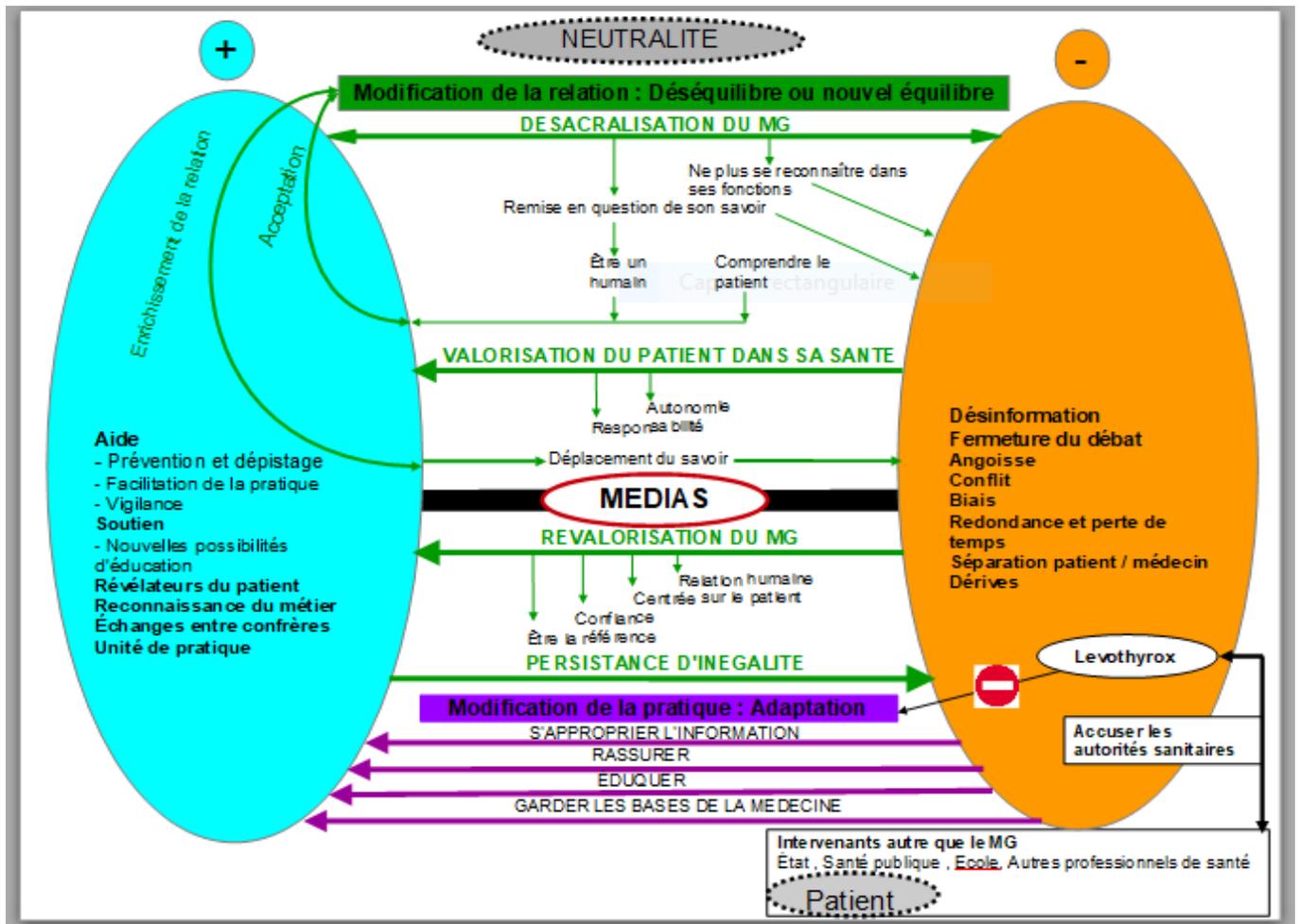
La période avait été si pénible qu'ils avaient eu l'impression qu'elle était interminable :

« MG8 : Le mois du Levothyrox, tu veux dire !

MG11 : Oui le mois même. Oui.

MG8 : L'été du Levothyrox. » (FG2 p2)

Modélisation des résultats : Perception par le médecin généraliste (MG) de la diffusion des informations médiatiques dans le domaine de la santé



DISCUSSION

I. Limites de l'étude

A. Le recrutement

Il pouvait exister un biais de recrutement lié au fait d'être sur la base du volontariat. En effet, il était possible que les médecins volontaires soient les médecins les plus motivés et concernés par le sujet, limitant ainsi la volonté d'hétérogénéité dans l'échantillonnage.

Certains individus plus « difficiles à atteindre » ont pu échapper au recrutement.

Pour ce même biais, on peut se demander, dans les cas de refus de participation par manque de disponibilité, ce qui peut se cacher derrière cette impossibilité à se rendre disponible. Peut-il y avoir d'autres motifs comme un manque d'intérêt pour le sujet (neutralité) ou au contraire une perception très négative ?

Ceci a pu ainsi limiter en partie le recueil de données et donc la portée des résultats.

B. Le recueil : *Focus Group* et Entretien individuels

Les lignes directrices COREQ (27) sont des critères de qualité dans le cadre de la recherche qualitative utilisant les *focus group*. Elles comportent 32 items répartis en 3 domaines qui concernent : l'équipe de recherche et de réflexion ; la conception de l'étude ; l'analyse et les résultats (Cf Annexe 6 p86). Je les ai utilisées pour repérer les points faibles mais aussi les points forts de mon travail.

- Effectifs

Les effectifs de certaines séances de *focus group* ont été limités par les difficultés déjà citées concernant le volontariat des participants et les désistements de dernière minute.

- Organisation

Il était difficile pour des raisons techniques de ne pas mettre la caméra en face des participants mais cela entraînait au début de chaque séance un malaise, passager, mais visible sur l'enregistrement vidéo (mimiques figées, ton peu audible etc.) et pouvant avoir un impact limitant sur les réponses aux premières questions.

De même, faire les séances le soir était la solution la plus simple mais il est possible que la soirée avançant, les réponses aux dernières questions aient été plus hâtives.

- Relation avec les participants

Même si j'ai essayé de limiter le plus possible ce biais (Cf II. C), certains participants (10 au total) connaissaient ma directrice de thèse ou moi et cela a pu avoir une influence dans leurs réponses qui pouvaient être soit plus neutres, soit au contraire orientées positivement.

- Animation

Malgré le fait de m'être intéressée de près à la méthodologie, il est certain que je n'avais pas d'expérience dans l'animation de *focus group*.

En cela, malgré mon attention à la forme des questions dans le Guide d'entretien, il est possible qu'en animant, certaines de mes relances spontanées aient pu être responsables de biais de suggestion.

De même, il n'était pas toujours facile de bien veiller à une répartition équitable de la parole ou de ne pas couper de prise de parole. Au contraire, il a été constaté des « hors sujets » durant le codage pouvant en partie être expliqués par ce manque d'expérience et trop de liberté d'expression laissée aux participants.

En endossant ce rôle en tant qu'interne, il n'était pas toujours évident pour moi d'éviter l'effet « leader d'opinion » plus facilement retrouvé avec des médecins plus expérimentés.

- Durée

Même si, dans l'ensemble, les durées des entretiens étaient plutôt homogènes, les exceptions (FG1 et EI2) pourraient être expliquées par un combiné des éléments précédemment décrits (organisation ; lien avec les participants etc.).

C. Le Guide d'entretien

Compte tenu des difficultés décrites pour obtenir des participants, le Guide n'a pas été testé au préalable avant le premier *focus group*.

D. La saturation des données

Le recueil de données a été arrêté au moment où il a été constaté l'absence d'idées nouvelles lors des interviews mais il aurait fallu pouvoir continuer les entretiens pour confirmer cette saturation. Cela n'a pas été possible car j'ai été confrontée aux difficultés de disponibilités liées à la période estivale (congés et journées chargées entre ces congés).

Ensuite, même s'il avait été constaté que, ne pas connaître le sujet des entretiens freinait la participation, la saturation avait possiblement été obtenue plus rapidement par le fait que les participants (sauf pour le FG3) étaient au courant du sujet d'étude à l'avance, pouvant ainsi y réfléchir par anticipation.

E. L'analyse des données : la portée des résultats

1. Le codage

Il était parfois difficile d'interpréter le sens de certaines données non verbales ou d'analyser toute la portée d'une idée énoncée, surtout en cas de propos ambigus ou contradictoires. Il peut donc y avoir une part de ma subjectivité dans l'analyse : biais d'interprétation.

2. Absence de retour des retranscriptions

Méthodologiquement, il était conseillé un retour des verbatims à posteriori aux participants pour d'éventuels commentaires ou corrections. Il est évident que cela n'a pas été fait dans notre étude car il semblait difficile de mobiliser encore du temps aux participants.

3. Des données manquantes ?

Dans le cas de la perception neutre, on peut se demander ce que cache cette neutralité. On peut formuler l'hypothèse qu'elle représente en fait des données non recueillies, soit du fait d'une saturation incomplète, soit par défaut des questions des entretiens.

II. Forces de l'étude

A. Le sujet

Notre étude est ancrée dans l'actualité de 2018 car, nous allons le voir (Cf III), le sujet des médias en santé aura bien occupé le devant de la scène cette année.

Un autre atout du sujet de ce travail est qu'il était basé sur l'expérience des médecins généralistes. En effet, la recherche qualitative en France ne s'intéresse pas encore assez à la façon dont le médecin généraliste perçoit tous les changements de sa profession dans la société actuelle. Dans le cas des informations médiatiques en santé, ce travail peut être un support de réflexion pour tout médecin généraliste par rapport à ce phénomène dans sa pratique, pour identifier les sentiments et réactions possibles et les confronter à son propre vécu afin de mieux l'appréhender.

Ne pas se limiter au web car nous l'avons vu ce n'est pas la seule source d'information pour le patient pouvant avoir une influence sur sa santé

B. Une démarche scientifique rigoureuse

C'est dans un esprit de rigueur scientifique que cette étude a été menée (critères COREQ) (27).

1. La population d'étude

Même si le recrutement était sur la base du volontariat, mes efforts pour élargir le plus possible les possibilités de recrutement par diverses sollicitations et différents moyens de contact de médecins généralistes et ceci sur deux départements différents, ont permis d'obtenir une population diversifiée.

En effet, notre population d'étude était hétérogène (Cf Annexe 4 p85) : tant sur le plan de l'âge (les moyennes d'âge des focus group sont différentes), que de l'expérience professionnelle (les durées d'installation allaient de 2 semaines à 32 ans) et de la façon d'exercer (3 internes en SASPAS ; 1 généraliste retraité ; 3 médecins faisaient des gardes aux urgences ; exercice seul ou en groupe ou en maison de santé ; 2 avaient eu une activité salariale ; 1 avait une activité d'hypnose médicale et de tabacologie). Notre population permettait donc de balayer les différences.

2. Les entretiens

Pour les focus group, le manque d'expérience dans l'animation était compensé par la précision dans le déroulement des séances (Cf M&M IV.C).

3. L'analyse

Chacune des 6 étapes de l'analyse par théorisation ancrée a été rigoureusement respectée. (Cf Annexe 7 p89)

Tout le codage a été supervisé par ma directrice de thèse.

Une attention particulière a été portée à la clarté de présentation des résultats avec une identification précise de chaque citation.

C. Limitation de certains biais

Pour éviter un biais de subordination, la solution de facilité de recruter les 4 maîtres de stage de mon SASPAS n'a pas été retenue.

De même, tout a été mis en œuvre dans les moyens de sollicitation pour limiter la participation de médecins ayant des liens avec ma directrice de thèse ou moi-même.

Tout a été fait pour essayer de limiter les désistements et permettre la participation des médecins motivés

Pour le 3^e focus group, il m'avait été possible de ne pas donner le sujet d'étude avant le déroulement de la séance, les médecins ayant tous accepté de participer par « bouche à oreille » sans le connaître.

Finalement le fait de ne pas avoir eu de réponses des groupes de pairs était une force : supposant que les membres d'un même groupe de pairs aient une cohérence commune dans leur façon de pratiquer, nos groupes étaient constitués avec plus de différences.

D. Apports bénéfiques sur le plan personnel

Au-delà de la portée scientifique, la thèse est un travail individuel qui a évidemment un impact personnel. Dans mon cas, j'ai réalisé que mon travail de thèse marquerait ma pratique par certains aspects.

Tout d'abord le fait de m'astreindre à donner du sens aux données recueillies pour cette étude est en fait aussi la démarche permanente de tout médecin généraliste face à son patient au cours de l'anamnèse : il faut donner du sens à chaque plainte ou signe fonctionnel.

Ensuite d'avoir analysé le vécu des médecins généralistes par rapport au phénomène médiatique me sera utile pour l'aborder à mon tour dans ma pratique.

Enfin, j'ai eu un retour très positif de la part des participants dans les suites de chaque séance de *focus group*. Peu de médecins participants faisaient partie de groupes de pairs et certains ont réalisé le bienfait d'échanger entre confrères et pensaient y remédier pour l'avenir. Cet intérêt était d'autant plus vrai pour les médecins vauclusiens qui se sentaient parfois isolés dans leur pratique. L'un d'eux m'a confié envisager depuis, de s'impliquer dans la formation des internes en devenant maître de stage.

III. Perception des médias par les médecins généralistes sur leur pratique : Discussion du contexte et des perspectives

Par notre étude, comprendre et conceptualiser la perception globale des médias dans la santé par le médecin généraliste permet d'obtenir une vue d'ensemble de leurs points de vue sur le sujet dans le contexte actuel.

A. Les changements dans la relation patient-médecin

1. Les médias et la position du patient dans sa santé

La volonté du patient d'être plus impliqué dans sa santé de façon globale n'est pas une idée nouvelle. Dès 2002, la loi du 4 mars, dite loi Kouchner (28), va dans ce sens, c'est à dire placer le patient, qui ne s'en remet donc plus « aveuglément » à son médecin, au centre de l'information sur sa santé. Cette loi a marqué un tournant dans la dynamique actuelle de soins. Le devoir d'information du patient était bien sûr déjà reconnu mais les modalités devenaient ainsi plus précises et s'inscrivaient dans un cadre légal.

- Le concept du « patient-informé »

Nos résultats vont dans le sens de ce changement de position pour le patient : celui du « patient-informé » avec lequel le médecin va partager le savoir. Et nous l'avons vu, les médias permettent au patient cette émancipation grâce à une meilleure maîtrise des informations de santé.

Dans une étude qualitative (revue *Exercer*, 2013) sur la satisfaction des patients de la consultation de médecine générale, le « patient-informé » correspond à la classe 4 de la typologie décrite : « des patients acteurs, véritables partenaires de la décision médicale ». Il était décrit que ces patients se caractérisaient par la recherche d'informations médicales auprès de sources médiatiques variées (presse ; émissions télévisées) mais un fort attachement au médecin généraliste était pourtant retrouvé dans cette classe. (29)

La volonté du patient de devancer l'information par le médecin par des recherches internet avant ou après la consultation, pouvait mettre mal à l'aise certains de nos généralistes. Quelques-uns avaient du mal à reconnaître cette possibilité ; c'est un fait qui se trouve pourtant décrit comme croissant.(30)

- Vers un « patient-expert »

La loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) de 2009 a davantage projeté le patient sur le devant de la scène, reconnaissant la fonction de « patient-expert » ayant acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Le « patient-expert », sans remplacer le soignant, participe par ses connaissances à l'amélioration de la prise en charge d'autres patients. Il n'y a pas de reconnaissance institutionnelle de ce statut pour l'instant mais certains hôpitaux font des formations destinées à ces patients-experts. Une Université des patients est créée en 2009 (31). L'université de Paris 13 implique même des patients-experts dans la formation des futurs médecins généralistes. (32)

Ainsi, la France est l'un des seuls pays à diplômer ses malades. D'après la HAS en 2016, 123 patients-experts (32) souffrant de diverses pathologies (cancer, VIH, diabète, sclérose en plaques...) étaient diplômés en éducation thérapeutique.

Pour le patient, l'information médicale à travers les outils médiatiques en développement permanent, va ainsi dans le sens d'un partage de cette information dans un partenariat avec le médecin.

2. Les médias et le médecin

- Apprendre du patient

Le fait reconnu dans notre étude d'apprendre du patient n'est pas un phénomène nouveau mais plutôt actuellement croissant. En effet, dans une thèse qualitative de 2013 (33) s'intéressant à comment les médecins généralistes utilisent internet au cours de leurs consultations, le patient était déjà cité comme « autres sources d'information du médecin généraliste ».

Il est dit dans ce travail que : « *Le regard du patient sur le médecin qui ne sait pas et qui cherche, semble avoir un impact important sur la façon qu'ont les praticiens de rechercher des informations.* » Face à ceux pour qui « *la recherche ne pose aucun problème* », il y a plutôt des médecins « *gênés par le fait de chercher devant le patient, par peur de se sentir remis en cause et de perdre la position de "celui qui sait"* ».

Cinq ans après, notre étude montre que ces situations semblent être aujourd'hui moins problématiques pour les médecins généralistes qui voient des aspects bénéfiques aux changements de leur position par rapport au savoir : ils ressentent moins de pression pour se sentir plus proches du patient-informé, pouvant mieux coopérer avec lui dans une relation plus riche. Ce travail évoquait une « relation triangulaire : patient-médecin-internet » sans pouvoir trancher si elle constituait « une aide ou un frein à la relation ». Notre étude peut en partie répondre en constatant que cela dépend de l'adaptation, de l'acceptation, et de l'expérience de chaque médecin par rapport au phénomène.

De nombreuses études montrent que les médecins se sont effectivement approprié l'aide que peuvent constituer les médias, notamment internet, dans leur pratique

Par contre, des progrès peuvent être envisagés concernant une meilleure intégration à leur pratique de l'utilisation que font les patients d'internet.

- Patient et média pour le médecin : des données inconnues

Dans notre étude, il était noté que les médecins n'avaient pas toutes les données concernant le vécu du patient face aux médias.

Une étude de 2012 menée auprès de patients britanniques (34) concluait que la recherche internet avant la consultation avait pour but de juger de l'utilité à consulter. Après la consultation, le but était un complément d'information. Ensuite, les patients abordaient les informations médiatiques en consultation pour en maximiser les bénéfices et pour montrer à leur médecin que leur démarche fait d'eux un patient « sérieux », positionné en partenaire de leur médecin et légitime dans sa demande de soin. Ainsi, pour la majorité des patients, le but n'était pas de remettre en cause leur médecin ou de le confronter aux médias. Si le médecin s'intéressait à cet apport d'information du patient, même pour le réfuter, il était démontré que le patient se sentait valorisé par cette attention à ses recherches et qu'ainsi la relation de confiance s'en trouvait renforcée.

Ceci rejoint l'idée de revalorisation du médecin face aux médias exprimée dans notre étude.

Communiquer, revue de communication sociale et publique (fondée en 2009 ; reconnue par le Conseil National des Universités) évoque le fait que, par ses recherches dans les médias, le patient cherche aussi un format plus simple d'informations, qui lui soit adapté, une forme de vulgarisation des informations médicales.

3. Les médias et la relation patient-médecin

Nos résultats suggèrent les tendances et bouleversements en cours dans le champ de la santé, surtout par rapport à une certaine désacralisation des fonctions du médecin, généraliste en particulier.

a. Télémédecine ; e-santé ; Santé 3.0 : au-delà de l'information du patient

La Télémédecine est actuellement développée pour répondre aux défis auxquels est confrontée l'offre de soin à ce jour.

Elle est définie par l'OMS en 1998 qui distingue deux domaines de compétences : la Télémédecine clinique (activité médicale utilisant les outils numériques pour réaliser des actes médicaux à distance) et la Télémédecine informative (service de communication audiovisuelle interactif organisant la diffusion du savoir médical). A noter que si la Télémédecine clinique, entrée dans le droit français par la loi HPST (2009), est régie par le Code de la Santé Publique, la Télémédecine informative relève des directives européennes sur l'*e-commerce* (1998 et 2000). (35)

La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 prévoit le développement de la Télémédecine d'ici à 2020. Ainsi le 18 janvier 2018 avait lieu la première réunion entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels pour établir une grille tarifaire avec les cabinets libéraux pour l'exercice de cette pratique.

Face à ce développement prévu, nos résultats donnent des pistes sur la perception que peuvent en avoir les médecins généralistes français : il est important de tenir compte de la relation médecin-patient dans la pratique de la Télémédecine : du contact humain recherché par le patient, de l'importance du lien de confiance et de l'approche individuelle centrée sur le patient.

b. L'avenir de la relation dans les nouvelles technologies

La 8^e édition de l'*Euro Science Open Forum* (ESOF), qui est la plus grande rencontre interdisciplinaire sur la science et l'innovation et leurs relations avec la société en Europe, a eu lieu cette année en France, à Toulouse, en avril 2018 (4000 participants européens).

Il y était abordé entre autres les « NBIC » : les Nanotechnologies (connexion de l'infiniment petit), les Biotechnologies (fabrication du vivant), l'Intelligence artificielle et les Sciences cognitives (informatique et étude du cerveau humain), qui sont quatre technologies nées aux Etats Unis au début des années 2000 avec pour objectif global « l'amélioration de l'humain » concernant la santé . La question pour l'ESOF était de savoir si ces technologies étaient l'avenir des soins de santé.

Dans cette lancée de désacralisation de la position du médecin qui pourrait ne plus être un élément indispensable pour soigner les patients, de nombreuses études sont en train de montrer que l'Intelligence artificielle peut en effet égaler les capacités diagnostiques des médecins, comme le programme *Show and Tell* de Google dans le domaine de la dermatologie (diagnostic de cancers cutanés à partir de photographie). (36)

On peut aussi citer le programme Watson, outil d'aide diagnostique et thérapeutique en oncologie créé en 2006 par l'entreprise IBM (37).

Si le domaine des NBIC concerne la médecine de façon globale et dépasse celui de notre étude sur la diffusion des informations médiatiques en santé, celle-ci offre plusieurs pistes sur ce que peuvent attendre les patients par leurs recherches internet dans le domaine médical : ils pourraient attendre de pouvoir s'informer sur leur santé, de s'autodiagnostiquer voire même de se soigner sans aucune intervention d'un médecin.

Les objectifs premiers avancés par ces projets comme celui de l'Informatique cognitive (37) sont de développer des innovations pour améliorer les techniques de la médecine mais ces objectifs sont évidemment indissociables du fait d'essayer aussi d'apporter des solutions aux crises des différents systèmes de santé à travers le monde en réduisant le coût croissant des services de santé, et pour cela donc à terme de se passer le plus possible des médecins reconnus coûteux.

En France, l'application de tels projets est limitée par la loi du 20 juin 2018 (38) relative à la protection des données personnelles et issues de plusieurs avis émis par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Même si notre étude ne concernait pas les nouvelles technologies, ces dernières sont comme nous l'avons vu, largement utilisées pour les informations médiatiques.

Notre travail apporte donc humblement quelques objections (Cf Résultats II.D.1 et III.A) : face à toute technologie, le médecin restera le seul, grâce à son humanité, à pouvoir s'adapter avec finesse à chaque patient (Cf Résultats II.D.2). Il est aussi le seul à pouvoir apporter aux patients bienveillance et contact humain, empathie et réassurance à travers une anamnèse et un examen physique n'ayant parfois finalement qu'un objectif anxiolytique pour le patient, celui de lui faire comprendre que son médecin traitant est là pour lui.

On retrouve cette idée au colloque de l'ESOF sur les NBIC à propos de l'application smartphone *StopBlues* dans la prévention du risque suicidaire (39) « *Que penser de notre société, où l'humain semble devenu incapable de rassurer, d'accompagner, de soutenir lors des moments de détresse, grâce à des compétences qui sont pourtant le propre de l'Homme et que nous devrions chérir, comme la solidarité ou l'empathie ? Notre besoin pressant de recourir à la technologie pour de telles situations délicates n'est-il pas, en vérité, qu'un aveu d'échec inassumé ?* ». Nos résultats montrent que les médecins généralistes ne se dédouanent pas de ces compétences.

c. L'actualité de la relation

- La Démocratie sanitaire

Les Agences Régionales de Santé se sont penchées cette année (janvier 2018) sur l'adaptation de leur politique régionale au concept de démocratisation sanitaire. La démocratie sanitaire s'inscrit dans la démarche visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé, « patient-informé » et médecin « désacralisé », dans un esprit de dialogue et de concertation (45).

- L'approche centrée patient (dite ACP)

L'approche centrée patient décrit l'évolution du système paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et biopsychosocial : on n'est plus centré sur la maladie mais sur le patient.

Ce concept abordé dans les résultats de notre étude (Cf II.D.2.) intègre à la fois les perspectives du médecin (raisonnement clinique et biomédical ; diagnostic ; thérapeutique) mais aussi celles du patient avec son expérience vécue de la maladie.(40)

Les 4 dimensions de cette approche(40) sont abordées par nos médecin généraliste dans le cas des informations médiatiques par rapport au patient : explorer l'expérience vécue par le patient, comprendre la personne dans sa globalité et en fonction du contexte, trouver une entente et une compréhension commune sur le sujet pour promouvoir l'éducation du patient, développer l'alliance thérapeutique dans l'art de la communication. Ceci rejoint une des adaptations décrites par les médecins de notre étude.

B. L'adaptation des médecins généralistes

1. La création de sites internet par les médecins généralistes

Dans notre étude, il était reconnu au médecin généraliste le rôle de s'investir dans l'information médicale sur internet pour améliorer le service médical rendu aux patients, répondant ainsi aux attentes du CNOM (9) de 2011.

Pour encadrer cette nouvelle fonction, en janvier 2014, le CNOM produisait une *Charte de conformité déontologique applicable aux sites webs professionnels des médecins* (41).

Dans cette même optique, cette année, Le CNOM édite le 22 mai 2018 des recommandations concernant la déontologie médicale sur le Web santé (42). On y trouve les précautions qui doivent impérativement encadrer l'information de nature médicale délivrée par les médecins et destinée au public, que ce soit sur des sites de santé, dans un contexte d'informations personnalisées à un internaute ou de forums ouverts dont le médecin serait le modérateur. Il est précisé les caractéristiques auxquelles doivent répondre ces sites professionnels.

En France, de tels sites sont plutôt développés par les spécialistes que par les médecins généralistes. Dans notre étude les médecins généralistes étaient intéressés par cette nouvelle façon d'informer leurs patients sur la santé. Les freins existants au développement de tels sites n'étaient pas d'ordre déontologique mais plutôt d'ordre pratique et organisationnel avec un manque d'outils disponibles pour aider les médecins à mettre en place ce rôle dans la contrainte de temps qu'impose le reste de leurs fonctions (Cf Résultats III.D). De plus, ils ressentaient le besoin d'être mieux reconnus dans ce rôle d'information et d'être mieux informés à leur tour par les autorités sanitaires. (Cf Résultats III.D)

2. Encadrer : Rôle d'intermédiaire patient-média

Notre étude montrait que, s'il était accepté par les généralistes la volonté et la possibilité des patients de s'informer, ils ne se sentaient pas pour autant désinvestis, pensant devoir être l'intermédiaire patient-information médiatique (Cf Résultats III.B.1).

C'est dans cette idée d'encadrement que Gunther Eysenbach, chercheur canadien membre du Comité de direction *Global Center eHealth Innovation* (hôpital de Toronto) décrit le concept « *d'apomediation* » dans la Médecine 2.0 pour désigner la nécessité d'accompagnement et de guidance de l'utilisateur face à la quantité d'information en santé qui lui est disponible (43). Ce rôle est celui des « *apomediaries* » qui sont auteurs ou acteurs du web et pourrait être selon lui celui des médecins. Son but est d'obtenir une collaboration des différents acteurs de la santé en vue d'une ouverture et d'une transparence de l'information (« *openness* »).

En France Dupagne (2) décrit ce rôle « *d'apomédiare* » comme devant être une pondération des avis par les médecins face à « la nébuleuse » des informations internet disponibles pour les patients. Il reprend aussi le concept anglophone « *d'empowerment* » pour désigner l'évolution sanitaire permise par la nouvelle information en santé qui va dans le sens de la démocratisation sanitaire, déjà évoquée, au sein de laquelle le patient est un acteur de la santé à part entière.

Des études vont cependant aussi dans le sens des limites évoquées dans notre étude concernant le fait que tous les patients ne sont pas habilités à s'informer via les médias.

- Un rôle à partager

Des études (46) vont dans le sens de nos médecins généralistes : ils ne sont pas les seuls professionnels à devoir s'impliquer dans l'encadrement de l'information médiatique pour les patients.

De même, la santé en ligne ne concerne pas uniquement les médecins mais aussi tous les autres professionnels de santé (par exemple les pharmaciens doivent informer les patients des outils e-santé qu'ils jugent bénéfiques pour eux). (44)

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif d'analyser le vécu des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse dans leur pratique par rapport à la diffusion des informations médiatiques en matière de santé et secondairement de savoir si, d'après eux, il résultait de ce phénomène des modifications dans leur pratique et dans leur relation avec le patient.

Nous l'avons vu, leur perception du sujet est ambivalente, oscillant entre une perception négative, positive ou neutre. Cette ambivalence est fonction de leur propre utilisation de l'information médiatique, de leur adaptation et des stratégies développées.

Seule l'expérience du Levothyrox reste unanimement vécue comme négative du fait d'un manquement à la fonction d'information des autorités sanitaires et de l'impossibilité à mettre en place les stratégies habituelles.

L'information des médias face à celle apportée par le médecin participe aux modifications que subit actuellement la relation médecin-patient par les changements de la position de chacun vis-à-vis du savoir médical.

En effet, il s'agit aujourd'hui d'un « patient-informé » face à un « médecin-désacralisé » et le médecin généraliste a bien conscience de ces nouveaux statuts. Même si leur expérience est évoquée difficile sur certains aspects, majoritairement ils ont accepté la situation. Ils reconnaissent que ce nouveau rapport à l'information médicale ne menace pas la relation médecin-patient, pouvant même la valoriser. Ils gardent des atouts face aux médias qui leur sont propres.

Au cours du long cursus des études médicales, l'essentiel de la formation consiste à acquérir un savoir multidimensionnel qui servira à soigner et à prendre en charge le patient. Mais, dans l'intérêt de ce dernier, ne serait-il pas important de mieux préparer les futurs médecins généralistes à la position de « médecin-désacralisé » qu'ils vont occuper avec, notamment, une formation dédiée à l'interaction en évolution permanente qu'ils vont devoir établir avec le « patient-informé » ?

Ils pensent même qu'il est de leur devoir de s'adapter, tout en ne perdant pas de vue les bases de leur profession.

Ils reconnaissent le rôle d'intermédiaire qu'ils doivent jouer entre le patient et les médias. Ils pensent aussi que le médecin généraliste devrait mieux s'investir dans la diffusion de l'information en santé via les médias. Il est ainsi possible d'améliorer cette fonction d'information par l'affichage dans la salle d'attente voire même dans la salle de consultation, ou par l'utilisation de supports d'information variés destinés aux patients. Cette fonction peut aussi être assurée par la création de sites d'information médicale destinés à leur patientèle. Pour pouvoir répondre à cette volonté du

CNOM, ne faudrait-il pas aussi s'intéresser aux moyens à mettre en œuvre (outils, formation à la création et à la gestion de tels sites) dans ce but ? De même, s'il est sûr que cela demanderait un changement dans l'organisation et une dépense régulière de temps pour le médecin, ne faudrait-il pas envisager la valorisation de cette nouvelle compétence, voire même des possibilités de la financer ?

Par ailleurs, dans quelles mesures les autorités de santé peuvent-elles les soutenir dans ce rôle ?

Dans cette idée, il est aussi évoqué que cette fonction pouvait être partagée de façon pluridisciplinaire. Donc des études seraient intéressantes, concernant les possibilités de coopération entre les différents professionnels de santé libéraux dans la création et la gestion de ces sites.

Constatant que la compétence d'informer le patient sur sa santé, glisse progressivement du médecin vers les médias, ne serait-il pas intéressant de recueillir de la même façon leur vécu par rapport au déplacement de leurs compétences vers la Télémédecine ? Ne sont-ils pas, après tout, bien placés pour pouvoir en anticiper les limites, les contraintes et les améliorations à prévoir ? Ainsi le développement de la Télémédecine étant prévu en 2020, ne serait-il pas judicieux de mener dès à présent des études auprès des médecins généralistes français dans ce sens ?

Les généralistes de notre étude ont déploré, dans le cas du Levothyrox, le fait de ne pas avoir été pris en compte. Afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs, il serait important de les consulter afin d'anticiper les changements de leur position dans notre système de soin. En effet, bien qu'ayant accepté le nouveau partenariat médiatique au sein de la relation avec le patient, le médecin généraliste reste l'acteur essentiel de la prise en charge de ce dernier.

FINANCEMENT ET CONFLITS D'INTÉRÊT

Cette étude a été financée uniquement par son auteur. Aucun conflit d'intérêt déclaré.

A Marseille le lundi 1er octobre 2018



Pr Xavier Thirion

Président du jury

BIBLIOGRAPHIE

1. Silber D. Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative. /data/revues/07554982/v38i10/S0755498209003224/ [Internet]. 2 oct 2009 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/227339>
2. Dupagne D. Les nouvelles informations en santé, Abstract. Les Tribunes de la santé. 2010;(29):33-9.
3. CREDOC. Baromètre du Numérique 2017 (17ème édition) [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=R337>
4. patient_internaute_revue_litterature.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
5. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
6. Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de la santé publique (partie réglementaire). 2004-1139 oct 26, 2004.
7. Collaboration HON-HAS - la certification des sites de santé en France [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://www.hon.ch/HONcode/Pro/visitor_safeUse3_f.html
8. Médecine 2.0 avez-vous dit ? | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-5/medecine-20-avez-vous-dit>
9. livre_blancdeontoweb2012.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/livre_blancdeontoweb2012.pdf
10. Weber J-C. L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade. Éthique & Santé. 1 sept 2012;9(3):101-6.
11. Le procès de l'action collective Levothyrox aura lieu le 1er octobre 2018 [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/securite-sanitaire/article/2017/12/19/le-proces-de-l-action-collective-levothyrox-aura-lieu-le-1er-octobre-2018_5231785_1655380.html
12. Wémeau J-L, Ladsous M. Lévothyrox® : les enseignements d'une polémique insensée. La Presse Médicale. 1 oct 2017;46(10):887-9.
13. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif - 4e éd. [Internet]. Armand Colin. 2018 [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.armand-colin.com/lentretien-comprehensif-4e-ed-9782200613976>
14. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147.
15. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. :19.
16. guide de la théorisation ancrée [Internet]. Scribd. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/255279430/guide-de-la-theorisation-ancree>
17. Marty L. Recherche qualitative en médecine générale: expérimenter le focus group. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
18. 32-2-numero-complet.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32\(2\)/32-2-numero-complet.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32(2)/32-2-numero-complet.pdf)
19. L'entretien: L'enquête et ses méthodes Télécharger PDF de Alain Blanchet, Anne Gotman - oirussumor [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/olrussumor/l-entretien-l-enquete-et-ses-methodes-41917739>
20. GuideCollecteMSF_3_FocusGroup.pdf [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/soc1014/IMG/pdf/GuideCollecteMSF_3_FocusGroup.pdf

21. Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. :3.
22. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 12 mai 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
23. Herpin N. Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 12 mai 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1357>
24. NVivo11-Getting-Started-Guide-Starter-edition-French.pdf [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.2.0/fr-FR/NVivo11-Getting-Started-Guide-Starter-edition-French.pdf>
25. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
26. Accueil - LEPCAM [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/>
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. /data/revues/17790123/v15i157/S1779012314004331/ [Internet]. 9 janv 2015 [cité 30 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/949716>
28. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
29. Kreuwen A. La satisfaction de la consultation en médecine générale: typologie des patients et déterminants. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
30. Dedding C, van Doorn R, Winkler L, Reis R. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. Social Science & Medicine. 1 janv 2011;72(1):49-53.
31. Université des Patients | [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.universitedespatients.org/>
32. Haute Autorité de Santé - Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
33. Autret PA, Besnard PJ-C, Choutet PP, Ginies PG, Maurage PC, Pourcelot PL, Soubieux et al. PROFESSEURS EMERITES. :94.
34. Bowes P, Stevenson F, Ahluwalia S, Murray E. 'I need her to be a doctor': patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations. British Journal of General Practice. nov 2012;62(604):e732-8.
35. adsp n° 101 - Télémedecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=158>
36. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. Nature. févr 2017;542(7639):115-8.
37. Foster Y. Watson d'IBM, le petit futé de l'informatique cognitive. Gestion. 30 mars 2015;40(1):86-9.
38. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles | Legifrance [Internet]. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte>
39. Mirallès PK, Guay N, Picavet J. Les Nanotechnologies, Biotechnologies, l'Intelligence artificielle et les sciences Cognitives (NBIC) sont-elles l'avenir des soins de santé ? :23.
40. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
41. charte_internet_cncom2014.pdf [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/charte_internet_cncom2014.pdf
42. Lucas DJ. La déontologie médicale sur le Web santé. :9.

43. Eysenbach G. *Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness*. *Journal of Medical Internet Research*. 25 août 2008;10(3):e22.
44. Wernette F. *L'e-santé, un colosse aux pieds d'argile*. <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/data/revues/05153700/v54i544/S0515370014005357/> [Internet]. 6 mars 2015 [cité 2 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/960073/resultatrecherche/3>
45. *Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ?* [Internet]. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>
46. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante, The emergence of the expert patient: an innovative disturbance*. *Innovations*. 11 oct 2012;(39):13-25.

ANNEXES

Annexe 1 : Principes de certification HON

Les sites certifiés s'engagent à respecter les 8 principes suivants :

1. Les qualifications des rédacteurs
2. Complémentarité : compléter et non remplacer la relation patient-médecin
3. La politique de confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site
4. La/les source(s) des informations publiées et les dates de publication/actualisation sur les pages de santé
5. Les justifications des affirmations sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements
6. L'accessibilité de l'information, l'identification du webmestre, une adresse de contact
7. Les sources de financements
8. La séparation entre la politique publicitaire et la politique éditoriale

Annexe 2 : Questions pour anticiper et éviter les idées préconçues (ateliers, formation CNGE)

1. *Quelle est ma question actuelle ?*
2. *Comment en suis-je venu(e) à me poser cette question ?*
3. *Si j'étais moi-même interrogé(e), quelle serait ma réponse ?*
4. *Pourquoi suis-je convaincu(e) que cette question est pertinente ?*
5. *Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?*
6. *Quelles réponses me sembleraient complètement aberrantes ?*
7. *Quelle est finalement ma question de recherche ?*

Annexe 3 : Recrutement, Demande type de participation pour les MG du Vaucluse (envoyée par courrier en décembre 2017)

Bonjour,

Je suis Coralie PAUR, actuellement en dernière année d'internat de médecine générale et je vous contacte pour une aide éventuelle pour ma thèse que je dois soutenir en octobre 2018.

Mon sujet de thèse concerne **l'impact des informations en matière de santé dans les médias sur les consultations des médecins généralistes**. Il s'agirait d'une thèse avec une méthode qualitative pour laquelle je fais des entretiens sous forme d'interviews de groupe de médecins, filmés, et dont le but est de collecter des informations sur ce sujet à travers la dynamique du groupe permettant d'explorer et de stimuler différents points de vue par les échanges d'une discussion. Les entretiens sont filmés pour permettre l'analyse des comportements non verbaux mais n'apparaîtront pas dans le travail final et seront bien sûr ensuite détruits. Les données retranscrites seront anonymisées.

Les entretiens nécessitent un minimum de 6 médecins et je dois en réaliser plusieurs...ce qui n'est pas simple ! Etant native du Vaucluse, j'ai décidé de faire aussi appel aux médecins vauclusiens en plus de ceux des Bouches-du-Rhône où j'ai déjà réalisé plusieurs entretiens.

En pratique les entretiens auraient lieu le soir, sur Carpentras, au cabinet de ma mère qui est orthophoniste. Je pense qu'il faut compter 2h pour les explications, les différentes formalités et l'entretien. J'essaie de rendre ce moment convivial en proposant boissons et denrées !

Si vous faites partie d'un groupe-qualité, cela m'intéresse d'autant plus qu'il est plus facile d'en transformer une séance en séance d'entretien.

Serait-il possible de solliciter votre aide et votre participation à un de ces entretiens que je souhaite organiser au mois de janvier ou de février ?

Je me tiens à votre disposition pour d'éventuels compléments et vous remercie d'avance pour votre réponse.
Bien cordialement.

Coralie PAUR

Voici mes coordonnées

- téléphonique : 06-15-50-37-04

- mail : coralie-paur@hotmail.com

Annexe 4 : Caractéristiques de l'échantillonnage

	Entretien	Age	Nbre d'années d'installation (ans)	Type d'activité		Nbre de patients / semaine	RdV sur internet	Moyenne d'âge
MG1	FG1	29	2 Semaines	Libérale	Semi-rurale	60	Non	41
MG2		58	30	Libérale + SAU	Semi-rurale	150	Non	
MG3		39	7	Libérale	Semi-rurale	150	Non	
MG4		59	32	Libérale + salariat	Semi-rurale	70	Non	
MG5		30	1,5	Libérale	Semi-rurale	100	Non	
MG6		38	10	Libérale + salariat	Semi-rurale	120	Non	
MG7		35	2	Libérale	Semi-rurale	90	Non	
MG8	FG2	37	3	Libérale MDS	Urbain	55	Oui	51
MG9		61	31	Libérale	Urbain	70	Non	
MG10		54	20	Libérale + SAU	Semi-rurale	90	Non	
MG11		52	21	Libérale	Semi-rurale	75	Non	
MG12	FG3	29	9 Mois	Libérale	Urbain	85	Oui	28,5
MG13		28	5 Mois	Remplacement	Urbain & Semi-rurale	85	Oui	
MG14		27	5 Mois	Libérale	Urbain	80	Oui	
MG15		28	6 Semestres	SASPAS	Urbain	60	Non	
MG16		28	1	Libérale	Semi-rurale	25	Non	
MG17		31	1 Mois	Libérale	Urbain	60	Non	
MG18	FG4	37	2	Libérale (tabacologie + hypnose)	Semi-rurale	30	Non	43
MG19		27	6 Semestres	SASPAS	Semi-rurale	60	Non	
MG20		28	6 Semestres	SASPAS	Semi-rurale	60	Non	
MG21		58	28	Libérale	Semi-rurale	110	Non	
MG22		66	30	Libérale	Semi-rurale	100	Non	

Annexe 5 : Caractéristiques des entretiens

Caractéristiques des entretiens							
	FG1	FG2	FG3	FG4	E11	E12	E13
Date	22/11/2017	22/01/2018	29/03/2018	28/05/2018	26/06/18	30/06/18	11/07/18
Nbre de participants	7	4	6	5	X	X	X
Durée	1h 03 min	1h 21 min	1h 24 min	1h 32 min	17 min	13 min	32 min
Lieu	Velaux (13)	Carpentras (84)	Marseille (13)	Carpentras (84)	Rasteau (84)	La Boissière (34)	St Saturnin les Avignons (84)
Homme	2	2	1	2	X	X	X
Femme	5	2	5	3	1	1	1

Critères COREQ (1)

(32 critères)

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>

Critères COREQ (2a)

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie
 Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

Sélection des participants

10. Échantillonnage
 Comment ont été sélectionnés les participants ?
Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige

11. Prise de contact
 Comment ont été contactés les participants ?
Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel

12. Taille de l'échantillon
 Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

13. Non-participation
 Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte

14. Cadre de la collecte de données
 Où les données ont-elles été recueillies ?
Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail

15. Présence de non-participants
 Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16. Description de l'échantillon
 Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Par exemple : données démographiques, date

Recueil des données

17. Guide d'entretien
 Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

18. Entretiens répétés
 Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

19. Enregistrement audio/visuel
 Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

20. Cahier de terrain
 Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

Critères COREQ (2b)

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

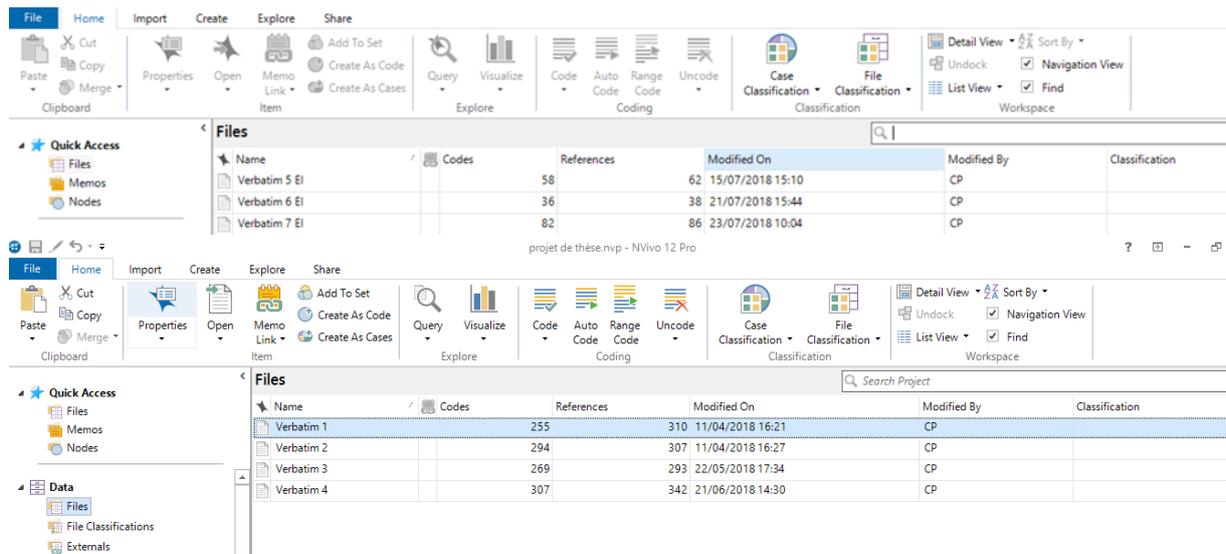
Critères COREQ (3)

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 7 : Visualisation du nombre de codes utiliser pour chaque entretien (logiciel Nvivo 11)



The screenshot displays the NVivo 12 Pro interface. The main window shows a table titled 'Files' with the following data:

Name	Codes	References	Modified On	Modified By	Classification
Verbatim 5 EI		58	62 15/07/2018 15:10	CP	
Verbatim 6 EI		36	38 21/07/2018 15:44	CP	
Verbatim 7 EI		82	86 23/07/2018 10:04	CP	

The interface also shows a 'Quick Access' sidebar on the left with options for Files, Memos, and Nodes. The top menu includes File, Home, Import, Create, Explore, and Share. The bottom part of the screenshot shows another view of the 'Files' table with a search bar and a 'Data' sidebar.

Name	Codes	References	Modified On	Modified By	Classification
Verbatim 1	255	310	11/04/2018 16:21	CP	
Verbatim 2		294	307 11/04/2018 16:27	CP	
Verbatim 3		269	293 22/05/2018 17:34	CP	
Verbatim 4		307	342 21/06/2018 14:30	CP	

Liste des abréviations

CNOM : Conseil National de l'Ordre des médecins

CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignant

HAS : Haute Autorité de Santé

HON : Heal On the Net

ACP : Approche centrée patient

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

