



HAL
open science

Moyens de recherche des recommandations de bonnes pratiques et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes

Adrien Monge

► **To cite this version:**

Adrien Monge. Moyens de recherche des recommandations de bonnes pratiques et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03244622

HAL Id: dumas-03244622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03244622>

Submitted on 1 Jun 2021

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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021



THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**MOYENS DE RECHERCHE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES
PRATIQUES ET DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS
GENERALISTES DANS LES ALPES-MARITIMES**

Présentée et soutenue le 28/05/2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Adrien MONGE**

Né le 05 juillet 1992 à La Crau (83)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Stéphane MUNCK

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Renaud FERRIER



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le **Professeur David Darmon**, je vous remercie de me faire l'honneur d'être Président de jury de cette thèse et de juger mon travail. Veuillez recevoir ma profonde gratitude pour le temps accordé à ce propos.

A Monsieur le **Docteur Stéphane Munck**, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de l'intérêt que vous portez à sa lecture et son analyse.

A mon directeur de thèse, le **Docteur Renaud Ferrier**, je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et d'avoir su vous rendre disponible quand il le fallait. Votre esprit éclairé et minutieux et vos conseils m'ont aidés à approfondir ce travail et le mener à son terme. Je vous remercie également pour votre accompagnement en tant que tuteur pendant ces trois années d'internat.

Je tiens à remercier également l'ensemble des médecins qui ont participés directement ou indirectement à cette thèse. Merci à ma collaboratrice, co-interne, pour ses conseils et le temps accordé pour améliorer ce travail.

A **mes parents**, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis toutes ces années. Sans vous tout cela n'aurait certainement pas été possible, vous avez toujours cru en moi et m'avez toujours apporté le soutien et l'amour nécessaire. Je suis fier d'être votre fils et que vous m'ayez permis d'en arriver là.

A **mon frère**, merci d'avoir toujours la blague pour me faire rire et pour ton soutien pendant toutes ces années.

A **Héloïse**, merci pour ton amour depuis 4 ans, ta présence et tes conseils précieux lors des moments difficiles de cet internat. Merci d'avoir relu cette thèse et de m'avoir suggéré des modifications pour l'améliorer. Le plus dur est derrière nous désormais.

Liste des abréviations

RBP = RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

HAS = HAUTE AUTORITE DE SANTE

SUDOC = SYSTEME UNIVERSITAIRE DE DOCUMENTATION

ESC = EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

CRAT = CENTRE DE REFERENCE SUR LES AGENTS TERATOGENES

DREFC = DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS FRANCOPHONES EN
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

JAMA = JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Sommaire

Introduction.....	12
Matériel et méthode	14
<i>La méthode qualitative</i>	<i>14</i>
<i>Le guide d'entretien.....</i>	<i>14</i>
<i>La population étudiée.....</i>	<i>15</i>
<i>Enregistrement et analyse des données.....</i>	<i>15</i>
<i>Recherche documentaire</i>	<i>16</i>
Résultats.....	17
<i>Caractéristiques de la population</i>	<i>17</i>
<i>Vision globale des recommandations.....</i>	<i>17</i>
<i>Moyens de recherche.....</i>	<i>18</i>
<i>Difficultés de recherche.....</i>	<i>18</i>
<i>Nouvel outil d'aide et suggestions d'améliorations</i>	<i>19</i>
Discussion.....	20
<i>Validité externe.....</i>	<i>20</i>
<i>Données contradictoires.....</i>	<i>21</i>
<i>Biais et limites de l'étude</i>	<i>21</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>23</i>
Références	24
Serment d'Hippocrate	27
Résumé	28
Annexes	29
<i>Annexe 1 : guide d'entretien</i>	<i>29</i>

Introduction

Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) font parties intégrantes de la vie d'un médecin généraliste, cependant l'évolution récente de la médecine avec de nombreuses publications au contenu souvent complexe et à l'évolution constante rend difficile l'utilisation de ces recommandations, même si une majorité de médecins les considèrent comme utiles à leur exercice (1).

Il est impossible d'avoir des chiffres généraux sur un taux d'application des recommandations par les médecins généralistes. Pourtant, de nombreuses études ont étudié l'application des recommandations selon le type de pathologie. Pour exemple, une étude à propos de l'application des recommandations du diabète de type 2 (2) montre qu'il demeure une insuffisance d'application principalement à cause d'un écart avec les besoins en pratique quotidienne. De même, pour l'insomnie chronique (3) avec des médecins ignorant pour la plupart l'existence de recommandations publiées par l'Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006, privilégiant leur expérience et la relation avec le patient.

Une étude réalisée en 2009 a voulu mesurer l'impact des recommandations publiées par l'HAS la même année pour le dépistage du VIH par les médecins généralistes : les conclusions retrouvent un respect des recommandations chez moins de 50% des médecins généralistes interrogés (4). Plus récemment, une étude sur les RBP dans l'insuffisance cardiaque confirme ce constat (5). Ces différents exemples illustrent les difficultés dans l'application des recommandations, même pour celles publiées par l'HAS qui occupe une position centrale dans la diffusion des recommandations (6).

Plusieurs études ont étudiées les freins aux RBP (7,8), notamment une thèse de médecine générale récente dont les principaux freins identifiés sont la difficulté d'application en fonction du patient, un manque de confiance dans les recommandations et un trop plein d'informations avec un manque de temps criant pour la formation. Une autre étude réalisée en 2008 s'intéressant au rapport des médecins généralistes avec les recommandations retrouve également une difficulté pour accéder à ces dernières, qui sont souvent complexes et trop longues selon les médecins sondés (9).

L'un des principaux problèmes est donc la difficulté d'accès aux différentes recommandations existantes avec notamment un manque de temps au quotidien. Pourtant, on ne trouve pas d'étude s'intéressant aux moyens de recherches utilisés par les médecins généralistes pour accéder aux recommandations utiles à leur pratique quotidienne.

La question posée ici est donc la mise en évidence des moyens de recherche des RBP utilisés par les médecins généralistes avec les difficultés éventuellement rencontrées.

Le but est d'essayer de mettre en évidence des difficultés dans l'accès aux nombreuses recommandations existantes, avec un questionnement sur des solutions potentielles. Une étude réalisée en 2019 aux urgences de Dunkerque (10) retrouve un taux de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale chez les patients à risque de seulement 28% alors qu'il existe une recommandation de l'HAS datant de 2013 à ce propos (11). Existe-t-il, dans certains domaines en particulier, des recommandations peu connues des médecins sur lesquelles une aide extérieure pourrait avoir une influence ?

L'HAS a publié un rapport sur différentes méta-analyses en 2014 qui stipule que certaines interventions professionnelles ont un effet faible à modéré sur l'amélioration des pratiques professionnelles notamment sur le long terme, avec un questionnement qui persiste sur la façon d'utiliser en même temps plusieurs recommandations dans plusieurs spécialités différentes (12).

D'autres études ont tenté de mesurer l'impact de systèmes d'aide informatique pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale (13,14) avec des résultats en faveur d'une amélioration de l'application des recommandations par les médecins selon le type de pathologie. Cependant, ce genre d'outil fournit des extraits de recommandations pour certaines pathologies choisies à l'avance, en rappelant par exemple la nécessité de réalisation d'un dépistage, mais ne permet pas d'identifier les recommandations utiles en fonction de l'exercice quotidien. De plus, pour les pathologies dont le niveau d'application était déjà important, il n'y avait pas de franche amélioration avec ces outils informatiques.

En 2010, l'HAS a évalué les systèmes d'aide à la décision médicale, que ce soit sur leur place en France et dans les pays anglo-saxons ou sur leur pertinence (15). Il en ressort que dans les deux tiers des études publiées dans la littérature, l'utilisation de systèmes d'aide à la décision médicale améliore la qualité et la sécurité des soins. Il est également constaté que, hormis en Grande Bretagne et dans les pays d'Europe du Nord, l'utilisation de tels systèmes a progressé très lentement.

Un objectif supplémentaire de ce travail est de sonder l'opinion des médecins interrogés à propos de l'utilisation future de tels systèmes informatiques d'aide à la décision adaptés à leur pratique clinique. En effet dans l'éventualité où des difficultés d'accès aux différentes recommandations sont mises en évidence, il serait intéressant d'avoir l'opinion des médecins sur l'utilisation de tels systèmes d'aide informatique pour faciliter leur pratique quotidienne.

Matériel et méthode

La question de recherche posée ici est la mise en évidence des moyens de recherche des recommandations de bonnes pratiques utiles à leur prise en charge par les médecins généralistes et les difficultés éventuelles.

L'objectif principal de cette thèse est d'étudier les différents moyens de recherche et d'appropriation des recommandations par les médecins généralistes en regard de leur pratique quotidienne et déterminer s'ils présentent des difficultés.

L'objectif secondaire est de sonder les médecins sur leur intérêt pour une méthode d'assistance numérique leur proposant régulièrement des recommandations ciblées sur leur pratique.

La méthode qualitative

Le choix pour cette étude s'est porté sur une méthode qualitative car on recueille des informations sur le point de vue des médecins à propos des recommandations, leur ressenti au quotidien et pour le futur.

La méthode qualitative est a priori la plus adaptée pour ce type de recherche.

Pour ce qui est des entretiens, il existe trois types d'entretien en étude qualitative (16).

L'entretien dirigé ou directif qui suit un ordre de questions précises qui permet de recueillir une information partielle et réduite. L'entretien semi-dirigé avec des questions par thématique avec un recueil orienté vers l'objectif de recherche. Enfin l'entretien libre avec des informations de bonne qualité mais souvent peu pertinentes.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, méthode qui semble la plus appropriée pour cette étude. De plus, la réalisation des entretiens individuels et non en groupe a été privilégiée, d'une part pour le caractère personnel de certains avis qui peuvent être moins exprimés en groupe, et d'autre part dans la mesure où les entretiens ont été réalisés durant la crise sanitaire de la Covid19, il était plus approprié de ne pas regrouper un certain nombre de participants.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été réalisé à l'aide d'un guide d'organisation des entretiens (17) et comprend quatre parties : la première partie concerne la présentation du médecin interrogé avec son type d'exercice.

La deuxième partie se concentre sur la vision des recommandations de manière générale, ce qu'il en pense, s'il les trouve facilement applicables et s'il se tient informé régulièrement.

La troisième partie concerne l'usage des recommandations au quotidien, leurs moyens de recherche, les difficultés que les médecins peuvent rencontrer.

Enfin la dernière partie aborde les perspectives d'amélioration dans l'accès aux recommandations, avec notamment un questionnaire sur la nécessité d'une éventuelle aide informatique pour améliorer l'accès aux différentes recommandations.

La population étudiée

La population étudiée dans l'étude a été définie par un critère d'inclusion principal qui est d'être médecin généraliste dans les Alpes-Maritimes, quel que soit le type d'activité (salarié ou libéral). L'échantillon a été élaboré en sélectionnant au hasard des médecins généralistes des Alpes-Maritimes sur une liste retrouvée sur l'annuaire santé de l'assurance maladie sur internet.

Les rendez-vous ont été pris par téléphone. Un grand nombre de médecins ont été contactés, en raison d'un faible taux de réponse mais également à cause d'un grand nombre de médecins refusant de participer à l'étude. Le principal retour justifiant ce refus était le manque de temps.

Les entretiens ont été réalisés initialement sur le lieu d'exercice du médecin, cependant avec la crise sanitaire une partie des entretiens ont été réalisés par téléphone uniquement pour respecter les restrictions en vigueur.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées dans un tableau. Il n'est pas possible de définir un nombre de sujets nécessaires pour une étude qualitative. Les entretiens ont donc été réalisés jusqu'à saturation des données considérée comme atteinte au bout de dix entretiens.

Enregistrement et analyse des données

Les enregistrements, que ce soit au cabinet ou par téléphone, sont réalisés via un dictaphone présent sur un smartphone de la marque Apple, modèle iPhone Xr, après accord des médecins. Par la suite, les entretiens sont entièrement retranscrits sur le logiciel Office Word.

Les entretiens sont anonymes, les lieux d'exercice des médecins ne sont pas explicitement décrits, chaque médecin est identifié via la première lettre de son nom de famille, complété d'un chiffre lorsque la lettre est identique entre les médecins.

Les fichiers audios sont par la suite détruits une fois la transcription réalisée.

L'analyse des données est réalisée via le logiciel Nvivo développé par la société QSR International.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des médecins interrogés est réalisée avec notamment les caractéristiques suivantes : l'âge, le sexe, le type d'exercice (urbain, rural), le nombre d'années d'exercice, l'orientation particulière dans la pratique et les motivations à exercer la médecine générale.

Dans un deuxième temps, une lecture approfondie des différents entretiens est réalisée pour avoir une vision globale des réponses correspondant à une analyse verticale.

Puis, une analyse plus fine a été réalisée en fonction des différents thèmes abordés dans l'entretien. Cette analyse horizontale a découlé sur un codage évolutif avec regroupement en plusieurs catégories des réponses données par les médecins.

Un travail de double codage a été réalisé avec une co-interne qui réalisait sa thèse également. Cela a permis d'avoir une deuxième analyse des données pour confirmer sa validité (18,19) et de confirmer la bonne perception des messages véhiculés par les médecins.

Recherche documentaire

Pour la recherche bibliographique, plusieurs bases de données ont été utilisées comme PubMed, le Système universitaire de documentation (SUDOC), le CAIRN, le site de l'HAS pour ne citer qu'eux. Les articles et ouvrages sélectionnés l'ont été en fonction de leur pertinence en rapport avec le sujet abordé. L'ensemble des documents ont été lus et analysés dans le détail. Des documents sur les méthodes de recherche qualitative ont également été consultés.

La bibliographie a été organisée et intégrée dans la thèse via le logiciel Zotero.

Résultats

Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population étudiée sont exposées dans le *tableau 1*, on notera une prédominance féminine dans les médecins interrogés. L'âge moyen des médecins est de 40 ans. La majorité des médecins ont une certaine orientation dans leur pratique médicale et la tranche d'âge est large avec de jeunes médecins récemment installés et d'autres bientôt à la retraite.

Médecin	Âge	Genre	Type d'installation	Type d'exercice	Orientation médicale
A.	52	Masculin	Libéral	Urbain	Infectiologie
A2.	44	Masculin	Libéral	Urbain	Non
A3.	41	Féminin	Libéral	Semi-rural	Non
G.	29	Féminin	Salariée	Urbain	Cardiologie
G2.	40	Féminin	Salariée	Urbain	Orthopédie
M.	67	Féminin	Libéral	Urbain	Gynécologie
O.	35	Féminin	Salariée	Urbain	Onco-gériatrie
P.	28	Féminin	Libéral	Semi-rural	Non
S.	28	Féminin	Libéral	Semi-rural	Non
Y.	35	Féminin	Salariée	Urbain	Pédiatrie/Gynécologie

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Vision globale des recommandations

La majorité des médecins interrogés ont un avis positif sur les recommandations de bonnes pratiques et pensent être à l'aise avec leur utilisation, qui permet de guider la pratique avec des références scientifiques solides afin d'éviter des erreurs et d'harmoniser les pratiques. Une minorité des médecins interrogés avouent ne pas être du tout à l'aise et avoir des difficultés pour se tenir à jour régulièrement des dernières recommandations.

Cependant, il en ressort également qu'elles sont parfois difficilement applicables avec un éloignement avec la réalité du terrain manifeste, notamment dans certaines spécialités comme la pédiatrie ou l'infectiologie. C'est aussi le cas dans certaines situations comme le suivi de maladies chroniques qui n'est pas clairement établi selon les pathologies avec des discordances selon les recommandations.

Moyens de recherche

Parmi les moyens de recherche utilisés par les médecins, le plus récurrent est internet avec l'utilisation de différents sites médicaux. C'est vraiment le moyen de recherche privilégié par l'ensemble des médecins, notamment pour sa facilité d'accès et sa diversité. Les plus cités sont essentiellement le site de l'HAS, le Vidal, le centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), tous les sites en clic comme antibioclic par exemple mais également les sites des différentes sociétés savantes comme le site de l'European Society of Cardiology (ESC) ou encore le site de la société française d'infectiologie.

Le lieu de travail pour les médecins salariés, avec des formations ou des recommandations faites directement en interne régulièrement mises à jour sont également fréquemment cités.

On retrouve aussi les revues médicales, notamment la revue Prescrire ou encore Revmed, une revue médicale suisse disponible sur internet. De manière moins fréquente, on retrouve la sollicitation de confrères, les articles scientifiques avec certains médecins faisant de la bibliographie sur leurs jours de repos, les visiteurs médicaux... Seul un médecin a parlé de formations comme les diplômes universitaires pour se tenir informé des recommandations.

Difficultés de recherche

Lors des entretiens, environ la moitié des médecins estimaient initialement qu'ils ne présentaient pas de difficultés dans la recherche et donc dans l'accès aux différentes recommandations utiles dans leur pratique quotidienne. Cependant, il existe un paradoxe car lors de la progression dans l'entretien, on retrouve l'ensemble des médecins qui finissent par nous citer des exemples de difficultés d'accès aux recommandations.

Le plus fréquent étant des recherches fastidieuses, des recommandations difficiles à trouver avec une majorité des médecins citant les recommandations de l'HAS, en effet « *sur l'HAS c'est dur de trouver les recommandations que tu veux, parce qu'il y en a 150 milliards et tu t'y perds un peu* ». Elles sont considérées comme trop longues, trop détaillées, avec un nombre important de recommandations pour un même domaine rendant la recherche difficile. Le site de l'HAS est considéré comme très peu ergonomique par les médecins et certains avouent s'en détourner car très peu pratique au quotidien. Un domaine fréquemment cité également est la pédiatrie qui présente peu de recommandations récentes accessibles et souvent peu adaptées à la pratique. De même en infectiologie, notamment dans les recommandations d'utilisation des antibiotiques en particulier pour les médecins travaillant en milieu hospitalier, ils se sentent vraiment en difficulté pour la prise en charge de patients présentant des bactéries multi-résistantes par exemple.

On retrouve aussi fréquemment des recherches qui n'aboutissent pas du tout avec des médecins qui finissent par faire en fonction de leur expérience à défaut de pouvoir trouver les recommandations recherchées, notamment en pédiatrie.

Enfin, un autre problème mis en avant par les médecins est le manque de mise à jour des recommandations que l'on peut trouver, avec le sentiment qu'il « *il y a vraiment un décalage entre ce que tu fais en pratique et ce qu'on trouve dans les recos* », notamment concernant les recommandations HAS.

Nouvel outil d'aide et suggestions d'améliorations

La dernière partie de l'entretien avait pour but de sonder les médecins sur l'intérêt selon eux d'un nouvel outil d'aide pour l'accès aux recommandations et les améliorations qui pourraient être apportées dans ce sens.

Parmi les suggestions d'améliorations données par les médecins, l'idée qui revient le plus fréquemment serait de créer un site internet comme unique source d'information avec un classement des recommandations en fonction des pathologies et surtout une mise à jour régulière en fonction des avancées récentes de la science. Un médecin a fait le parallèle avec le site de l'HAS mais plus ergonomique, similaire au site antibioclic, mis à jour plus fréquemment et surtout avec des recommandations plus faciles à assimiler.

Il existe ici aussi un paradoxe. En effet, la majorité des médecins se plaignent que les recommandations soient trop longues, notamment sur le site de l'HAS. Pourtant, certains expriment le souhait d'avoir des recommandations plus détaillées notamment dans le domaine de l'infectiologie. Enfin, avoir des recommandations plus adaptées à la pratique quotidienne est une suggestion récurrente, notamment en pédiatrie concernant la galénique des médicaments ou encore dans les pathologies chroniques comme les dyslipidémies avec des objectifs cibles souvent intenables pour la plupart des patients.

Pour ce qui est de l'intérêt d'un nouvel outil d'aide, la majorité des médecins ont un avis positif sur un éventuel outil intégré aux logiciels médicaux analysant leur orientation médicale avec le type de pathologie qu'ils voient régulièrement et leur suggérant les dernières recommandations en rapport avec leur exercice quotidien. Ils concèdent facilement que la diversité importante des recommandations fait qu'ils sont perdus et qu'un outil permettant un accès plus simple aux différentes RBP les plus pertinentes en fonction de leur exercice serait très utile. Un seul médecin a exprimé un avis négatif sur un tel système, avec comme principal argument le fait que la médecine générale est un domaine tellement divers qu'il est difficile de cibler des recommandations.

Discussion

La grande majorité des médecins sondés ont un avis positif sur les RBP, le principal moyen utilisé pour les rechercher étant internet. Cependant, il existe des freins à l'accès à ces recommandations malgré l'ensemble des moyens actuellement disponibles à cet effet. Les principaux écueils cités par les médecins étant le volume et la densité de l'information puis la longueur, l'exhaustivité et la précision des recommandations qui rebutent l'usage en situation réelle (le temps manque pour les revoir à posteriori), notamment les recommandations publiées par l'HAS et dans les domaines comme la pédiatrie et l'infectiologie. On aboutit ainsi trop souvent à un abandon des recherches au profit d'une expérience personnelle malheureusement plus discutable.

Parmi les suggestions d'améliorations, il est cité la mise à disposition d'une source unique de recommandations plus régulièrement mises à jour, et comportant un volet en lien avec la pratique quotidienne des médecins (applicabilité trop souvent discutable sur le terrain). La majorité des médecins sondés est favorable à l'usage d'un nouvel outil d'aide à l'identification des recommandations les plus en rapport statistique avec leur pratique quotidienne.

Validité externe

Dans une étude sociologique réalisée en 2008 (9), 61% des médecins sondés considèrent les recommandations comme un atout, à la fois comme outil et comme incitation. Cette opinion positive est également retrouvée dans une autre étude sociologique sur le thème de l'asthme et du cancer du sein (20) rejoignant l'avis des médecins de notre étude. Une thèse qualitative analysant les freins liés à l'application des recommandations (7) retrouve comme principaux freins un manque d'adaptabilité des recommandations à la médecine générale, mais également une quantité trop importante et une complexité rendant difficile le tri des recommandations les plus pertinentes. Dans cette étude ainsi qu'une autre étude analysant les pratiques des médecins généralistes dans cinq régions différentes en 2009 (21), on retrouve également le souhait de disposer d'outils permettant de regrouper les recommandations afin d'en améliorer l'accès au quotidien.

Un outil d'aide à la décision médicale publié par la société française de médecine générale en 2006, nommé diffusion des recommandations francophones en consultation de médecine générale (DReFC), ne recouvre que 30% des consultations les plus fréquentes en médecine générale (22). Une autre étude, publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) en 2005 et analysant de nombreuses études sur l'efficacité des systèmes d'aides à la

décision en médecine (14), retrouve une amélioration des pratiques mais peu d'amélioration sur la santé des patients, notamment sur des critères majeurs tels que la mortalité. Ces éléments confirment l'intérêt de développer des outils d'aide supplémentaires, car souhaités par les médecins généralistes et les outils existants étant insuffisants à l'heure actuelle. Le point majeur devant être amélioré semble être le tri parmi les nombreuses recommandations et l'accès aux recommandations les plus pertinentes.

Données contradictoires

Parmi les différents entretiens réalisés, on retrouve une ambivalence de certains médecins concernant tout d'abord les difficultés d'accès aux recommandations qu'ils ont pu rencontrer. En effet, certains médecins disent ne pas avoir de difficulté à trouver ce qu'ils cherchent, mais ils finissent par donner plusieurs exemples de recommandations qu'ils ont eu du mal à trouver. Ceci peut être en partie dû à un biais fréquent des études par entretien qui est l'erreur issue des oublis, de la mauvaise compréhension des questions ou de la gêne éprouvée (23). Cette difficulté d'accès aux recommandations exprimée par les médecins diverge par rapport aux données retrouvées par la DREES en 2009 (21) où la majorité des médecins considèrent qu'il est facile de se procurer les recommandations. Cependant, il existe également dans cette étude une ambivalence, car on retrouve comme mentionné précédemment le souhait des médecins d'avoir des outils pour accéder plus facilement aux recommandations.

Un second paradoxe que l'on peut mettre en évidence, est la plainte des médecins sur la longueur des recommandations (notamment celles de l'HAS) avec une difficulté pour les assimiler rapidement, mais pour autant, ils expriment le souhait de disposer de recommandations plus détaillées et plus faciles à appliquer au quotidien. Ce paradoxe se retrouve également dans d'autres études réalisées où la volonté des médecins est principalement d'avoir accès à des recommandations plus simples à appliquer au quotidien (7,20). Cependant, lors de l'analyse des entretiens on se rend bien compte que cela dépend des domaines. En effet, ils souhaitent des recommandations plus détaillées dans le domaine de l'infectiologie (notamment pour la prescription d'antibiotiques) et en pédiatrie où ils trouvent que les informations disponibles ne les guident pas suffisamment dans leur pratique.

Biais et limites de l'étude

Toute étude qualitative présente des biais spécifiques notamment liés aux entretiens. On retrouve principalement (23,24) les erreurs du répondant, les erreurs non intentionnelles dues à la négligence de l'enquêteur, les altérations intentionnelles du chercheur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines ou reformule certaines questions, les influences

directement dues à l'enquêteur sur la personne entretenue, les influences dues aux attentes de l'enquêteur en fonction de l'informateur ou de ses réponses préalables et les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats des entretiens.

Il existe également des biais liés au recueil des données, avec dans notre étude un biais de sélection. En effet, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils souhaitaient participer à notre étude et seuls les plus intéressés par le sujet ont répondu favorablement. De plus, la majorité des médecins sondés sont de jeunes médecins (moins de 45 ans) avec une utilisation des outils de recherche des recommandations qui peut être différente des médecins plus âgés. La parité homme-femme est peu respectée avec une majorité de sujets féminins. Enfin, l'ensemble des médecins travaillaient dans le département des Alpes-Maritimes. On retrouve également un biais d'intervention avec des interventions fréquentes lors de l'entretien, ce qui a pu influencer les réponses et orienter le discours des médecins sondés. De plus, le fait de réaliser des entretiens avec des confrères a pu engendrer une crainte du jugement par un autre confrère et une influence sur le discours.

Enfin, on peut retrouver également des biais liés à l'analyse et l'interprétation des entretiens réalisés. En effet, l'enquêteur ayant réalisé le guide d'entretien, contacté les médecins, réalisé et retranscrit les entretiens, puis réalisé l'analyse des données, il est facile d'être orienté vers les résultats que l'on souhaite retrouver. Cependant, pour notre étude un double codage a été réalisé avec une co-interne permettant de répondre au critère de triangulation (25) avec deux personnes distinctes ayant analysé les données séparément. Malgré cela, le biais d'interprétation ne peut être complètement écarté, l'idéal aurait été que les différentes étapes de l'étude soient réalisées par différentes personnes.

A propos de la validité interne de l'étude, des critères de qualité sont définis en étude qualitative (19,26). Dans notre étude, la question de recherche est clairement énoncée dans la partie matériel et méthode. La méthode de sélection des participants est détaillée dans cette même partie et l'éventuel biais de sélection a été exposé précédemment. L'échantillon des participants est peu uniforme, avec des médecins à pratique urbaine ou rurale, salariés ou libéraux, avec un bémol sur la parité homme-femme comme mentionné précédemment.

Le processus de recueil des informations par entretien est clair, la seule déviance que l'on peut noter est le changement dans le contexte de réalisation des entretiens qui ont été réalisés par téléphone pour certains en raison de la crise sanitaire actuelle. L'analyse des données est crédible, avec une retranscription mot pour mot des entretiens et un double codage des entretiens. Les principaux résultats sont clairement exposés, avec quelques citations issues des retranscriptions permettant de favoriser la compréhension. Enfin, la transférabilité de l'étude

(validité externe) a été abordée avec une saturation des données obtenues et des résultats comparables aux données connues de la science.

Conclusion

Les RBP sont peu appliquées par les médecins généralistes, et la multitude d'informations est un facteur limitant cette application. Dans cette thèse, nous avons voulu étudier les moyens de recherche utilisés par les médecins et les difficultés rencontrées afin d'identifier des solutions potentielles.

Ce travail a permis de montrer que le principal moyen de recherche utilisé est internet, avec des difficultés de recherche (accessibilité jugée médiocre) des RBP ensuite jugées difficiles à utiliser car trop longues, trop complexes, et trop rarement à jour. Une solution évoquée est celle d'un regroupement des RBP en un site unique régulièrement mis à jour. Certains sites se rapprochant de cette idée existent déjà, encore insuffisants. Une piste à explorer en associant les praticiens en exercice est l'évaluation d'un gain dans l'application des RBP ainsi managées.

Sans que les interviewés l'ai mis en avant le motif qui déclenche une recherche de RBP semble, à l'instar des besoins en formation continue, se répartir en trois catégories. En premier lieu, le cas médical manifestement méconnu du praticien (problème jamais rencontré jusqu'alors, connaissance trop ancienne) procure assez facilement le besoin d'une mise à niveau des RBP qui devra être précise et validante. Une autre situation à fort niveau de stress est l'identification d'un haut risque en regard de l'acte ou de la situation clinique à gérer. Ainsi investi d'un haut risque, la vérification est assez logiquement déclenchée (encore faut-il que le haut risque soit identifié). En revanche, les situations fréquentes dont les conséquences sont décalées dans le temps mais avec la sensation de savoir grâce à une longue pratique sont-elles remises en question ? Pourtant une erreur qui se verrait trop répétée prendrait des dimensions sanitaires collectives dommageables (contamination en masse par un agent infectieux ou prescription de médiateur par exemple). Ainsi l'idée d'un outil numérique analysant la pratique quotidienne des médecins et leur suggérant les RBP les plus statistiquement pertinentes a été jugée intéressante par la majorité. Ce développement requiert le concours des éditeurs de logiciels médicaux mais procurerait probablement un fort gain d'efficacité à court terme.

Ce travail confirme les nombreuses études montrant un manque d'application des recommandations par les médecins malgré leur opinion favorable. Il semble important d'apporter de nouveaux outils aux médecins généralistes devant les difficultés mises en lumière ici. Les outils numériques semblent être un axe en voie de développement, qu'il faut encourager davantage en prenant en compte les besoins des médecins au quotidien sur le terrain.

Références

1. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Sante Publique (Bucur)*. 2006;Vol. 18(4):573-84.
2. Morawski-Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):75-103.
3. Blanchier H. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte: mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006. 2017;98.
4. Étude SHIVA : Influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale. [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4704_DESCAMPS_these.pdf
5. Msadek S, De Lauzun I, Diarova J, Sauvion D, Gandolfini MP, Beloued J, et al. Optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique par les médecins généralistes en sortie d'hospitalisation: les recommandations sont-elles appliquées ? *Ann Cardiol Angéiologie*. oct 2019;68(4):195-200.
6. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. *Gouv Action Publique*. 11 oct 2012;VOL. 1(3):53-75.
7. Les recommandations en médecine générale : freins et facteurs favorisants - L.Jarlot 2016. [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=L+JARLOT+-+2016+-+bibnum.univ-lyon1.fr&rlz=1C5CHFA_enFR887FR887&oq=L+JARLOT+-+2016+-+bibnum.univ-lyon1.fr&aqs=chrome..69i57.230j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
9. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 juill 2008;56(4, Supplement):S221-9.
10. Bearez C, Puzskarek T, Couturier C, Rochoy M. Les recommandations de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale sont-elles respectées ? Étude prospective aux urgences de Dunkerque. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2019;68(3):155-61.
11. Fiche médecin traitant dépistage anévrisme aorte abdominale - HAS 2013 [Internet].

- [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/aaa_fiche_med_vfinale.pdf
12. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales - HAS [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oeuvre_des_recommandations_medicales.pdf
 13. Benainous O, Gillaizeau F, Favre-Bully MA, Simon J-C, Desfontaines E, Lamy J-B, et al. Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. *Prat Organ Soins*. 2009;Vol. 40(3):177-89.
 14. Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes: A Systematic Review. *JAMA*. 9 mars 2005;293(10):1223.
 15. Etude système d'aide à la décision médicale - synthèse HAS 2010 [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/etude_sadm_synthese.pdf
 16. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;N° 102(3):23-34.
 17. Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales: guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés - 2e édition. :50.
 18. Guide méthodologique étude qualitative - CNGE [Internet]. [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
 19. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
 20. Urfalino et al. - 2002 - LES RECOMMANDATIONS A L'AUNE DE LA PRATIQUE.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <http://cespra.ehess.fr/docannexe/fichier/546/recommand.pdf>
 21. Guerville P, Régi V, Ventelou V. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions. :8.
 22. La médecine générale face aux normes - SMFG 2015 [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1312/fichier_gallais_mg_face_normes_jdsam_decembre_201597d2a.pdf
 23. L'enquête par entretien et quelques biais possibles - JC Regnier [Internet]. [cité 6 juill

2020]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf

24. Djamba YK, Neuman WL. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. *Teach Sociol.* juill 2002;30(3):380.

25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

26. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med.* sept 2014;89(9):1245-51.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Les recommandations de bonnes pratiques sont essentielles en médecine générale. Pourtant, de nombreuses études montrent un faible taux d'application. La principale plainte des médecins est la difficulté d'accès aux RBP. Des systèmes d'aides informatiques ont été développés, mais peu utilisés par les médecins car méconnus et peu adaptés à la pratique quotidienne.

Notre objectif est la mise en évidence des moyens de recherche des RBP par les médecins généralistes et les difficultés rencontrées. Secondairement, un sondage des médecins sur l'utilité d'un éventuel outil numérique proposant les RBP les plus pertinentes a été réalisé.

Nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes de juillet à novembre 2020. Une analyse de dix entretiens a été réalisée.

La majorité des médecins interrogés ont une opinion favorable des RBP. Le principal moyen de recherche utilisé est internet. Parmi les autres moyens de recherche, les formations sur le lieu de travail pour les médecins salariés et les revues médicales dominent.

La quasi-totalité des médecins rapportent des difficultés d'accès aux RBP. Ils les expliquent par des recherches fastidieuses avec des recommandations trop longues et difficiles à s'approprier, ainsi qu'un manque de mise à jour. Un abandon fréquent des recherches est par conséquent souvent observé. La plupart des médecins sont favorables à un nouvel outil proposant les RBP les plus pertinentes en fonction de leur pratique.

Le faible taux d'application des RBP par les médecins généralistes et leurs revendications sur les difficultés d'accès à ces dernières témoignent de la nécessité d'améliorations. L'accès aux recommandations semblant être le problème majeur, l'idée d'un site internet unique, ergonomique, regroupant l'ensemble des RBP paraît intéressante. De plus, l'idée d'un outil numérique analysant la pratique des médecins et proposant les RBP les plus pertinentes semble utile et pourrait constituer un axe de développement futur.

Mots-clés :

- Recommandations de bonnes pratiques
- Médecine générale
- Moyens de recherche
- Internet
- Outil numérique

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Bonjour je m'appelle Monge Adrien, interne en médecine générale, merci de me recevoir pour cet entretien.

L'intérêt de notre entretien aujourd'hui consiste à étudier et mettre en évidence les différents moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour identifier les recommandations de bonnes pratiques utiles à leur pratique quotidienne. En effet, il existe un large panel de recommandations et des pathologies très diverses prises en charge en médecine générale, et il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver.

Permettez-moi avant de commencer de vous poser quelques questions sur vous et votre pratique, l'ensemble des données relevées ici sont anonymes.

- Quel âge avez-vous ?
- Où exercez-vous ? Comment définissez-vous votre secteur ?
- Depuis combien d'années êtes-vous installés ?
- Avez-vous une orientation particulière dans votre pratique ?
- Qu'est-ce qui vous a donné envie d'exercer la médecine générale ?

1. La vision des recommandations en général

Que pensez-vous des recommandations de bonne pratique ?

Quelles sont les arguments selon vous pour justifier leur utilité ?

Trouvez-vous que les recommandations que vous utilisez sont facilement applicables ? Si non développez ?

Vous tenez-vous régulièrement informé régulièrement des dernières recommandations ?

2. Usage des recommandations au quotidien

Par quels moyens recherchez-vous les recommandations qui vous intéressent dans votre pratique ?

Dans quels cas avez-vous des difficultés pour accéder à ces recommandations ? Quels sont les difficultés, les obstacles éventuels que vous rencontrez pour accéder aux recommandations dont vous avez besoin ?

Dans quel cas vous est-il arrivé de ne pas initier ou d'abandonner la recherche d'une recommandation pour une prise en charge ?

3. Perspectives d'amélioration ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'accès aux recommandations pertinentes pour votre pratique ?

Pensez-vous qu'un outil analysant votre pratique quotidienne et vous proposant les recommandations les plus pertinentes en fonction de votre activité serait utile ?