



HAL
open science

Ressenti et adaptation des médecins généralistes devant un patient internaute. Étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes dans les Bouches du Rhône et dans le Var

Laurent Giovannetti

► To cite this version:

Laurent Giovannetti. Ressenti et adaptation des médecins généralistes devant un patient internaute. Étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes dans les Bouches du Rhône et dans le Var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03470942

HAL Id: dumas-03470942

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470942>

Submitted on 8 Dec 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.

**Ressenti et adaptation des médecins généralistes devant un patient
internaute. Etude qualitative auprès de 23 médecins généralistes dans les
Bouches du Rhône et dans le Var**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 23 Novembre 2021

Par Monsieur Laurent GIOVANNETTI

Né le 31 octobre 1991 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Monsieur le Docteur ROUX Emmanuel

Monsieur le Docteur VIDAL Jean-Luc

Monsieur le Docteur LUTAUD Romain

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

**Ressenti et adaptation des médecins généralistes devant un patient
internaute. Etude qualitative auprès de 23 médecins généralistes dans les
Bouches du Rhône et dans le Var**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 23 Novembre 2021

Par Monsieur Laurent GIOVANNETTI

Né le 31 octobre 1991 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Président

Monsieur le Docteur ROUX Emmanuel

Assesseur

Monsieur le Docteur VIDAL Jean-Luc

Assesseur

Monsieur le Docteur LUTAUD Romain

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUE PAULETTE
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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	VIALETTES 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
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVIERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVIERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

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. RADDA (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)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
RÉGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE /

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHIEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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 détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
<i>ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)</i>	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELLIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE
CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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

ADALIAN Pascal (PR)

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
---	--

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

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) Surnombre

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
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)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
--	---

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
--	---------------------------------

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

BARBARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (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)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPICANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

PIDEMILOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

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

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

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-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)

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

À mes juges,

Monsieur le Président du jury, Professeur Laurent Boyer,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de ma plus grande gratitude pour la disponibilité dont vous faites preuve, et de mon profond respect.

Monsieur l'Assesseur, Docteur Emmanuel Roux,

Pour vos conseils de cardiologie et du soutien dans l'unité COVID. Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance pour votre disponibilité.

Monsieur l'Assesseur, Docteur Jean Luc Vidal,

Pour votre enseignement sur les soins palliatifs. Cela m'a énormément apporté dans ma pratique. Vous me faites l'honneur d'apporter votre regard critique sur ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Mon Directeur de thèse Romain Lutaud,

Vous avez accepté si spontanément de diriger ce travail de thèse et cela m'a permis d'avancer et de trouver un guide pour mon travail. Vous m'avez accompagné tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

À tous les médecins généralistes qui ont participé activement à ce travail de thèse, je les remercie sincèrement pour leur disponibilité, leur bienveillance, leur investissement et leur bonne humeur lors des entretiens. Merci à toutes les personnes qui ont contribué de loin comme de près à l'élaboration de ce travail.

Au Dr Louis Michel Deguara, les six mois dans votre cabinet, je n'oublierais jamais vos nombreux conseils. Je garde en tête votre vision de la médecine générale.

Au service des Urgences de l'hôpital d'Avignon et au service d'oncologie et hématologie d'Avignon, pour leurs conseils.

Au service de pédiatrie et de gynécologie de Salon de Provence, merci à toute l'équipe et pour leurs enseignements. A ma co-interne de cœur, Marion pour sa bonne humeur et à Jessica qui fera une super pédiatre. A Shana et Mandy, mes co-internes de gynéco. A Renaud et Aziza pour leurs conseils et enseignements aux urgences gynécologiques.

Au service de cardiologie-pneumologie à Aubagne, pour le soutien pendant la pandémie de COVID-19.

Aux docteurs Blanchard et Churet, pour leurs conseils de médecine générale et pour leur confiance dans l'autonomie de mon stage de SASPAS.

Merci aux médecins, aux équipes paramédicales, ainsi qu'aux patients auprès desquels je me suis enrichie tant au niveau des compétences professionnelles qu'au niveau humain.

Merci à ma superbe épouse Ionela pour ses conseils et ses encouragements. Pour sa patience et la relecture de mon travail. A mon futur bébé en cours d'arrivée.

A mes parents Isabelle et Daniel, pour leur soutien depuis le début de mes études de médecine. A ma petite sœur Ludivine pour ses gracieux conseils et son soutien psychologique. A mon petit frère Fabien pour son calme et sa sérénité. A ma mamie Nonette, pour sa bienveillance et ses encouragements. A mes papis César et Raymond et ma mamie Christiane qui nous ont quitté trop tôt. A ma belle-famille, Nelu, Angelica, Codrin, Irina et le petit Vladimir pour leur soutien et accueil chaleureux.

Cette thèse est dédiée à mon Papi Raymond Graille

Sommaire

INTRODUCTION	5
1. Le web médical	5
1.1. Historique Internet	5
1.2. L'évolution du web	5
1.3. Les sites de santé	6
2. Évolution de la relation médecin-patient	7
2.1. Une grande méfiance	7
2.2. Le modèle paternaliste	7
2.3. Le modèle conflictuel	8
2.4. La profession	9
2.5. L'ordre social négocié	9
2.6. Les modèles idéaux typiques	10
2.7. La confiance	11
2.8. La rencontre entre une confiance et une conscience	11
2.9. La décision médicale partagée	12
2.10. La notion de consentement	12
2.11. Evidence Based Medicine	13
3. Le patient internaute	13
3.1. Nombre d'internautes en France et dans le monde	13
3.2. Le profil des patients	13
3.3. E-patient et E-santé	14
3.4. La cyberchondrie	15
3.5. Fracture numérique et les inégalités	16
3.6. Au quotidien	16
3.7. La consommation de soins	17
4. Le médecin internaute	17
4.1. Médecine 2.0	17
4.2. Doctolib et la téléconsultation	18
5. Le cadre juridique et certifications	18
5.1. Loi Kouchner du 4 mars 2002	18
5.2. Certifications de l'HAS	18
5.3. Code de déontologie médicale	19
5.4. HON Code	19
6. La question de recherche	20
6.1. Problématique et intérêt personnel	20
6.2. Objectif Principal	21
MATERIELS ET METHODES	22
1. Travail préalable bibliographique	22
2. Choix de la méthode qualitative : définition et but	22
3. Choix de la technique de l'entretien semi dirigé	23
4. Élaboration du guide d'entretien	23
5. Recrutement des médecins : critères d'inclusion et d'exclusion	23

6. Réalisation des entretiens	24
7. Analyse des entretiens avec Nvivo 12	24
7.1. Analyse par théorisation ancrée (Échantillonnage théorique)	24
7.2. Codification	25
7.3. Saturation des données	25
8. Conditions éthiques	25
8.1. Anonymisation et consentement	25
8.2. CNIL, Loi Jardé et CPP	25
RESULTATS	27
1. Caractéristiques de l'échantillonnage des médecins généralistes	27
2. Profil du patient internaute	28
3. Impact de la triangulaire médecin-patient-internet sur les protagonistes	28
3.1. Impact positif	28
3.1.1. Un gain de temps	28
3.1.2. Perfectionnement continu du médecin	29
3.1.2.1. Aide directe pour le médecin	29
3.1.2.2. Mettre à jour les connaissances du médecin par le patient	29
3.1.2.3. Le patient donne de nouvelles idées à son médecin	30
3.1.2.4. Enrichissement de la relation médecin-patient	30
3.1.3. Un échange évolutif	31
3.1.3.1. Ouverture au dialogue	31
3.1.3.2. Investissement du patient mieux informé	32
3.1.3.3. Démocratisation de la santé et droit à l'information pour tous	33
3.1.3.4. Partage du savoir	34
3.1.3.5. Le médecin reste le référent du savoir	35
3.1.3.6. Une relation de confiance	36
3.2. Impact négatif	37
3.2.1. Internet devient une alternative. Pourquoi ?	37
3.2.1.1. Manque d'expérience du médecin	37
3.2.1.2. Manque de temps	37
3.2.1.3. Manque d'examen clinique de la part de certains médecins	38
3.2.1.4. Délai d'attente trop long	39
3.2.1.5. Le patient ne veut pas attendre	39
3.2.1.6. Besoin d'une deuxième opinion	39
3.2.1.7. Pudeur	40
3.2.1.8. Pour se rassurer	41
3.2.2. Source de pression	41
3.2.2.1. Déstabilisation, frustration et agacement	41
3.2.2.2. Peur d'être attaqué au niveau médico-légal	42
3.2.3. Remise en question de son statut et de son savoir	42
3.2.3.1. Remise en question par le patient	42
3.2.3.2. Dévalorisation, mauvaises reconnaissances, simple exécutant	43
3.2.3.3. Justification de ses choix	44
3.2.3.4. Perte de confiance	45
3.2.3.5. Désaccord	45
3.2.4. Sources floues et difficulté d'internet	46
3.2.4.1. Sources fausses et désinformation	46
3.2.4.2. Mauvaise hiérarchisation de l'information par le patient et manque de discernement médical	46
3.2.5. Effets néfastes sur le patient	47
3.2.5.1. Mauvaise compréhension et faux sentiment de maîtrise	47
3.2.5.2. Autodiagnostic	49
3.2.5.3. Effet anxiogène	49

3.2.6.	Consultation chronophage	51
3.2.7.	Les soins deviennent un objet de consommation	52
3.3.	Impact neutre	53
3.3.1.	Peu de patients internautes	53
3.3.2.	Pas de changement dans la pratique médicale	54
4.	Stratégies du médecin	55
4.1.	Aller dans le même sens	55
4.1.1.	Accompagnement	55
4.1.1.1.	Suivre le patient dans sa démarche	55
4.1.1.2.	Encourager et féliciter	56
4.1.1.3.	Écoute et ouverture d'esprit	56
4.1.1.4.	Réassurer	57
4.1.1.5.	Le médecin pédagogue	58
4.1.1.6.	Conseiller des sources fiables	59
4.1.1.7.	Approche centrée sur l'intérêt du patient	60
4.1.2.	Adaptation	61
4.1.2.1.	Consultation sur mesure	61
4.1.2.2.	Comprendre pour pouvoir construire	62
4.1.2.3.	Suivre l'évolution des temps modernes	62
4.1.2.4.	Discuter	64
4.1.2.5.	Gagner du temps non médical	64
4.1.2.6.	Traiter avec humour	64
4.1.2.7.	La consultation comme un jeu de rôle	64
4.1.3.	Explication	65
4.1.3.1.	Expliquer le rôle du clinicien	65
4.1.3.2.	Prendre le temps d'expliquer	66
4.1.3.3.	Recadrer l'information	66
4.1.3.4.	Reformuler pour mieux comprendre	67
4.2.	Affrontement	68
4.2.1.	Se méfier des sources internet	68
4.2.1.1.	Déconseiller ou ne pas conseiller	68
4.2.1.2.	Mise en garde	68
4.2.1.3.	Vérifier les sources	69
4.2.2.	Attitude défensive	69
4.2.2.1.	Se défendre	69
4.2.2.2.	Prendre du recul	69
4.2.2.3.	Rester droit devant le patient	70
4.2.2.4.	Rester impassible	71
4.2.3.	Attitude offensive	72
4.2.3.1.	Proposer le changement de médecin	72
4.2.3.2.	Ne pas céder	72
4.2.3.3.	S'affirmer	73
4.3.	Rester professionnel	73
4.3.1.	Se baser sur l'interrogatoire et l'examen clinique	73
4.3.2.	Confirmer par des examens complémentaires adaptés	74
4.3.3.	Reprogrammer un rendez-vous	75
4.3.4.	Se baser sur son expérience professionnelle	75
4.3.5.	Rester à jour et se renseigner	76
4.3.6.	Accepter de se remettre en question	76
4.4.	Nouvelles directions à suivre	77
4.4.1.	Certification des sites	77
4.4.2.	Travail à plusieurs : Assistants médicaux et internes	78
4.4.3.	Formation des jeunes médecins	78
4.4.4.	Télé médecine	78

DISCUSSION **80**

1. Validité interne de cette étude	80
1.1. Forces	80
1.1.1. Choix du sujet et son originalité	80
1.1.2. Choix de la méthode qualitative et l'utilisation des entretiens individuels	80
1.1.3. Recrutement de l'échantillon	80
1.1.4. Guide d'entretien et saturation de données	81
1.1.5. Recueil de données	81
1.1.6. Analyse : Codage	81
1.2. Limites	82
1.2.1. Subjectivité	82
1.2.2. Recrutement	82
1.2.3. Recueil de données	82
1.2.4. Analyse : Codage	82
2. Discussions des résultats, ses interprétations et ses implications	83
2.1. Perception des médecins généralistes d'internet sur leur pratique	83
2.1.1. Profil des patients internautes	83
2.1.2. Points positifs	83
2.1.3. Points négatifs	87
2.1.4. Neutralité	93
2.2. Stratégies des médecins généralistes	93
2.2.1. Accompagnement	94
2.2.2. Adaptation sur mesure	96
2.2.3. Explication	97
2.2.4. Méfiance	97
2.2.5. Attitude défensive	98
2.2.6. Attitude offensive	99
2.2.7. Professionnalisme	99
3. Perspectives et changements dans la pratique	100
3.1. Nécessité d'une formation complémentaire des médecins sur Internet	100
3.2. Un contrôle renforcé des informations disponibles	101
3.3. D'autres pistes à explorer	103
CONCLUSION	104
ANNEXES	106
1. Guide d'entretien	106
2. Entretiens	106
BIBLIOGRAPHIE	127

INTRODUCTION

1. Le web médical

1.1. Historique Internet

En 1989, Tim Berners-Lee, un chercheur du CERN (Conseil européen pour la recherche nucléaire), fait l'invention du **World Wide Web** (WWW) (1). L'idée a été d'associer les technologies utilisées dans les ordinateurs et dans les réseaux informatiques pour créer un système d'information mondial facile d'utilisation et ainsi permettre de faire un partage de documents. En 1994, c'est la première conférence internationale sur le WWW qui explique le début de ce que sera le phénomène Internet.

1.2. L'évolution du web

Le **Web 1.0** était très complexe, difficilement utilisable pour les utilisateurs non-initiés hormis des chercheurs très précis et suffisamment formés à cet outil. Le site était en lecture seule, ce qui signifie qu'il n'y avait aucune interaction entre les 2 parties. La relation n'était que dans un seul sens. On venait chercher des informations mais sans pouvoir intervenir.

Le **Web 2.0** devient **participatif**, avec les réseaux sociaux. Il y a une création de contenu par l'internaute pour l'internaute, rendant une **démocratisation du web progressif**. Il y a l'apparition des blogs et des forums avec un partage de l'information, ainsi que le développement des smartformes. Les patients échangent des informations médicales sur leurs points de vue (2). **Google** est créé en 1998 et **Wikipédia** le 15 janvier 2001. Le premier est un référenceur de pages internet, alors que l'autre est une encyclopédie faite par des internautes pour des internautes qui est le 5^e site le plus visité au monde. Cette participation mondiale sur le web entraîne une grande prolifération de contenus disponibles, qui est difficile à maîtriser, créant une **infobésité** incontrôlable.

Le **Web 3.0 sémantique** tend à rassembler les informations autour de la personne. C'est le site qui analyse les données de l'utilisateur dans son historique et fait des suggestions par rapport à ses recherches. Ce procédé est de plus en plus utilisé par les vendeurs de l'e-commerce comme Amazon ou pour suggérer des vidéos comme sur YouTube. La dérive possible vient de la limite de la vie privée et du partage de toutes ces informations.

1.3. Les sites de santé

Le 26 Juin 1997, le vice-président des États-Unis, Al Gore, a lancé l'ouverture au grand public, en accès libre et gratuitement, de la base de bibliographie **Medline** (2). Cela a été une première mondiale en termes de web santé pour l'accès à l'information médicale. Il inaugura également le système de recherche **PubMed** (3). Malheureusement, PubMed était surtout utilisable par des professionnels à cause de son ergonomie peu pratique pour les utilisateurs, ne connaissant pas les termes **MeSH** (Medical Subject Headings).

Des sites internet sont apparus par la suite et ont permis une vulgarisation de la santé et entrainer un accès plus facile pour le grand public. La définition dans le dictionnaire de la **vulgarisation** est : « l'adaptation d'un ensemble de connaissances techniques de manière à les rendre accessibles à une personne non spécialisée » (4). Selon ce même modèle, **la vulgarisation médicale** (5) nourrit le rêve de devenir son propre médecin.

Avec **Google**, le patient peut rapidement avoir accès une multitude d'informations médicales utilisant des mots clés dans la barre de recherche. Le moteur de recherche a pu permettre une plus grande facilité au patient pour accéder à l'information médicale. Un phénomène nouveau apparait avec le concept de **Dr Google** (6). **Google Scholar** permet de référencer des études accessibles pour le patient comme peut le faire PubMed, mais de façon plus ergonomique et facile. Il garde le même format que le Google traditionnel pour que l'utilisateur ne soit pas dépaycé. Malheureusement, Google Scholar n'accède qu'à environ un million sur les quinze millions de sources disponibles sur Pubmed (7).

Le site **Doctissimo®** a été créé en mai 2000 par deux médecins, Laurent Alexandre et Claude Malhuret. Il est aujourd'hui le site de santé grand public le plus fréquenté en France. En 2010, Doctissimo® se classe au 722ème rang des sites les plus visités (8), puis en Avril 2019, il est classé 41^e site avec 13 352 000 de visiteurs par mois et 953 000 visites uniques en moyenne par jour (9). En Septembre 2021, il cumule 24,2 millions de visiteurs mensuels.

La chercheuse Helene **Romeyer** a décrit 5 types de sites de santé (10).

- Les sites **professionnels** : dédié aux professionnels de santé
- Les sites **institutionnels** : dédiés à la santé publique et à la prévention
- Les sites **marchands** : avec de la publicité

- Les sites **associatifs** : conseils et vie pratique
- Les sites **d'information de santé grand public** : récits de vie des patients

D'après elle, les patients consultent des sites non professionnels (80%).

2. Évolution de la relation médecin-patient

2.1. Une grande méfiance

Au temps de l'ancienne Rome, **Caton l'Ancien** disait de ne pas se confier aux médecins par manque de confiance (11). L'empereur romain **Tibère** affirmait que l'instinct personnel devait l'emporter sur la préservation de la santé par rapport aux jugements des doctes et il invitait chacun de ses semblables à se faire médecin de soi-même (12). Les Romains étaient aussi méfiants vis-à-vis de leurs médecins à cause de leur origine la plupart d'origine grecs par exemple Galien (12). En arrivant à Rome, les premiers médecins étaient grecs, furent expulsés sous couvert qu'ils ramollissaient les mœurs des Romains (11).

Molière se moque des médecins dans ses pièces. Dans six comédies, il les représente comme des personnages ridicules. (12). L'écrivain français **Jules Romains** a parlé dans sa pièce le Docteur Knock de la doctrine de l'institution d'un pouvoir dictatorial par le corps médical. Avec cette maxime : « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore », il dénonce la manipulation de la médecine (12). C'est l'écrivain et médecin **Georges Duhamel** en 1934, qui parle du colloque singulier. Dans la Revue des deux Mondes, il défend la médecine libérale contre la médecine sociale, suite au développement des premières assurances sociales. Il parle de la relation entre le médecin et son patient comme un duo se passant dans un espace clos.

2.2. Le modèle paternaliste

Talcott Parsons en 1951 décrit une relation **paternaliste bienfaitrice** (13) basée sur le droit romain caractérisée par une dissymétrie entre le médecin et le patient (14). C'est un modèle consensuel où le patient et le médecin ont le même but commun : la guérison du patient. Le médecin possède seul le savoir et prend seul les décisions. Le patient est considéré comme trop perturbé par la souffrance causée par sa maladie pour prendre des décisions concernant sa santé. Dans cette relation, l'échange d'informations se fait dans un sens unidirectionnel avec un médecin "décideur" et un patient qui accepte. Il n'y a donc peu de place à l'échange et au partage de savoir et de connaissances. Le patient

se retrouve alors avec un statut d'infantilisé (15). La relation asymétrique est en faveur du médecin qui possède le savoir exclusif (16). Parsons ajoute la notion de **fonction sociale** des soins, orientés vers le bien collectif. La société définit pour le médecin et le patient un ensemble de devoirs et de droits. Le rôle du médecin est de guérir son patient, de prendre en charge universellement les malades tout en gardant une neutralité affective maximale. Il doit se baser sur des connaissances scientifiques solides et fondées, sans chercher le profit ou à se faire de la publicité (17). Ce modèle paternaliste est nuancé par **Feinberg**. Il décrit un modèle paternaliste léger basé sur la légitimité par l'ignorance du patient et un modèle dur basé sur un comportement directif du médecin sur le patient (18).

En 1956, **Szasz et Hollender** complètent la théorie décrite par Parsons en proposant à leur tour, trois styles de relation médecin-patient basé sur l'attitude du patient. Celui-ci peut être actif ou passif (**guidance-coopération, activité-passivité, participation mutuelle**) (19). On pourrait résumer par une relation mère-enfant, parents-enfants ou adulte-adulte. Le médecin est toujours considéré comme actif. Le premier exemple s'applique bien à l'urgence ou à l'intervention chirurgicale. Le deuxième s'applique pendant la maladie aiguë et le troisième aux maladies chroniques (20).

2.3. Le modèle conflictuel

Eliot Freidson propose un modèle sociologique dit **conflictuel** (21) avec des groupes sociaux différents qui s'opposent par des intérêts divergents. L'intérêt du médecin est de protéger la profession médicale contre le risque de perte du monopole de la santé. Freidson a pu faire accepter aux acteurs de la santé la définition de la connaissance légitime, de restreindre les personnes qui pouvaient prétendre à sa pratique et d'empêcher toute expertise externe (16). Il décrit la possibilité pour le médecin d'être dans un rôle actif ou passif. On découvre l'analyse de la relation à travers l'angle du **conflit des perspectives**. Il décrit le concept de **culture profane**. Face au savoir professionnel du médecin, il n'y a pas absence de savoir simple du patient, mais un type différent de savoir, avec son ressenti et de ces exigences de sa vie quotidienne. Il n'y a pas de consensus dans cette relation et cela va entraîner des mésententes. Il identifie que le

généraliste libéral se trouve moins éloigné de la culture profane que ne pourrait l'être le médecin hospitalier (21).

2.4. La profession

En 1988, le sociologue **Andrew Abbott** s'est intéressé à l'analyse du système de connaissances (savoir et savoir-faire) professionnel dans le domaine de la santé. Pour maintenir une **juridiction** par une profession, les éléments principaux qui vont le maintenir sont le caractère abstrait du système de connaissances et la capacité d'adaptation des prescriptions. Celles-ci sont issues de l'application des connaissances du professionnel aux préférences des patients-clients (16). Le concept de **profession** est donné aux métiers ayant une autonomie dans leur pratique associé à une juridiction professionnelle, ainsi qu'une formation propre à elle. La profession a une situation de monopole dans un domaine d'activité grâce son expertise. Elle sécurise une juridiction et doit faire reconnaître sa compétence sur son lieu de travail, dans l'opinion publique et dans le droit auprès des tribunaux. **L'inférence** permet au médecin de se servir de son savoir professionnel, selon les particularités de son patient, pour prendre la meilleure décision médicale. La profession évolue avec les innovations et avec la demande sociale de la population. Cela peut expliquer en partie les raisons de l'évolution de la relation médecin-patient (17).

2.5. L'ordre social négocié

Le sociologue **Anselm Strauss** (1992) s'inscrit dans une perspective **interactionniste**. Il critique la profession médicale d'Abbott et insiste sur les différences (les « **segments** ») à l'intérieur de la profession. Il relativise l'autorité que les médecins possèdent, ils n'ont plus une position dominante. Les malades et leurs proches tiennent un rôle primordial et structurant sur la trajectoire que va prendre la maladie (16). Il va analyser la relation thérapeutique basée sur **l'ordre social négocié** et parler de **trajectoire d'une maladie**. Il démontre que la relation médecin-patient est le fruit d'une multitude d'interactions négociées entre les deux protagonistes. Cette négociation est dynamique et elle se retrouve à chaque niveau d'une organisation sociale. Les individus interagissent et négocient entre eux. Il définit un **contexte de négociation** (22).

2.6. Les modèles idéaux typiques

En 1992, **E. J. Emanuel et L. L. Emanuel** analysent la relation médecin-patient sous le signe du **partage du pouvoir**. Ils identifient quatre modèles idéaux-typiques (17) (23).

Dans le modèle **informatif**, le médecin donne une information appropriée à son patient pour qu'il puisse choisir son traitement. Le patient est autonome dans ses décisions et ce modèle limite le médecin à être un **expert technique** uniquement compétent en médecine. Les valeurs propres du médecin ne s'interposent pas dans le choix de la prise en charge. Ce modèle fonctionne mieux avec des patients qui ont besoin d'autonomie et qui se sentent rassurés par le sentiment d'exercer une maîtrise sur la relation. Il exige pour le malade une bonne maîtrise de son statut émotionnel et de ses capacités cognitives. Cette relation se révèle souvent déstabilisante pour les deux parties.

Dans le modèle **interprétatif**, les valeurs du patient sont conflictuelles. Celui-ci a besoin de les définir plus précisément. Le devoir du médecin est d'essayer d'interpréter les valeurs des patients afin que le choix thérapeutique soit le plus adéquate. Le médecin donne des informations objectives sur les options thérapeutiques et sur le diagnostic possible. Le choix thérapeutique va naître de cette interaction.

Dans le modèle **délibératif**, la discussion sincère que le médecin va engager avec son patient va permettre un avis éclairé. Le malade va pouvoir cultiver sa propre morale et avoir un guide dans son choix médical. Le médecin doit s'assurer que le patient a bien compris les bénéfices et les inconvénients, ainsi que les possibles répercussions. Il invite le patient à poser des questions ou à faire des suggestions. Lors de la décision sur les options envisagées, le médecin doit s'efforcer d'entendre l'avis du patient et d'expliquer ses propos. Le médecin joue à la fois un rôle de professeur et celui de confident. Cette relation qui est **centrée sur le patient**, tient compte principalement de l'expérience unique vécue par celui-ci. La relation médicale permet de créer un cadre de travail bienveillant, tolérant, permettant au patient de progresser vers un changement de son état. Les avantages pour le malade sont dans la liberté qu'il a de prendre contact avec son médecin selon ses propres besoins. Le malade peut exercer son autonomie de réflexion tout en ayant si besoin un guide objectif.

Le quatrième reste le modèle **paternaliste** décrit initialement par Parsons qui tend à disparaître au profit du délibératif.

Tous ces modèles restent théoriques et continuent de coexister lors d'une même consultation médicale. Le modèle basé sur le partenariat paraît le plus approprié pour les médecins mais il peut échouer par la difficulté à être appliqué. Il faut de la volonté et beaucoup de temps pour engager un véritable dialogue avant de pouvoir aboutir à un partenariat relationnel.

2.7. La confiance

R. Hammer en 2010, analyse le sentiment de **confiance** qui s'instaure dans la relation médecin-patient. Dans son analyse, il distingue cinq types de confiance influencés par le niveau socio-culturel du patient (24).

La « confiance **cléricale** » est celle où le malade a une confiance aveugle dans son médecin. Elle correspond au modèle paternaliste que décrivait Parsons.

La « confiance **pragmatique** » est celle où le patient considère son médecin comme bon s'il le soigne de manière efficace et rapide.

La « confiance **professionnelle** » nécessite une coopération et une volonté de comprendre de la part du patient. Elle est propre à la prise en charge des maladies chroniques.

La « confiance **affinitaire** » se trouve sur le versant interpersonnel du soin, les patients ayant besoin d'être entendus et d'apprécier leur médecin en tant qu'individu. Ils ont de l'affection et une certaine affinité pour lui. Ce type de patient se tourne vers les médecines dites alternatives type holistique.

La « confiance **rationnelle** » prédomine dans le modèle de relation informative. Pour ce type de patient, la fiabilité de son médecin est proportionnelle à sa notoriété et la reconnaissance qu'il a de ses pairs pour lui.

2.8. La rencontre entre une confiance et une conscience

Le **professeur Portes**, ancien président de l'Ordre des Médecins décrit une rencontre entre une confiance et une conscience (25). Il évoque 3 principaux modèles (26).

Le modèle du **médecin décideur**, qui correspond au modèle **paternaliste** vu avec Parsons. Le médecin est pourvu du savoir scientifique et de la distance affective requise pour juger avec du recul. Quant au patient, il ne connaît de sa pathologie que ses symptômes et son affliction. Il n'y a pas d'échange

d'informations, ce qui peut amener l'idée d'une confiance aveugle et nécessaire du patient envers son médecin. Le patient est infantilisé et la décision pleine et entière revient au médecin, d'où l'origine des termes d'ordonnance et de prescription. « Le médecin ordonne et le patient obéit » (15).

Dans le cadre du modèle du **patient décideur**, appelé aussi modèle **informatif**, le médecin devient **prestataire** au service du patient-client. Le médecin doit apporter toutes les informations possibles aux patients, toutes les alternatives. Ce modèle met en avant l'autonomie du patient mais il existe toujours une asymétrie du savoir en faveur du médecin.

Le **modèle de la décision partagée** est basé sur l'échange d'informations entre le médecin et son patient. Le médecin doit apporter une information loyale et claire pour son patient, afin de lui permettre une meilleure compréhension. Il doit s'assurer que le patient a suffisamment compris. Ce modèle est respectueux de l'autonomie et de la psychologie du patient ainsi que du médecin.

Il rajoute également le concept de **secret** : "Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret." (27)

2.9. La décision médicale partagée

« Les malades sont devenus savants et les maladies chroniques » (27). C'est ce que décrit le **Pr Jean Michel Chabot**, professeur de santé publique, dans la revue du Praticien en 2014. Les maladies aiguës tendent à disparaître et laisser la place aux maladies chroniques. Le patient devient de plus en plus savant. Pour Chabot, la relation tend vers un modèle contractuel avec des décisions expliquées. On peut parler d'une véritable décision médicale partagée. Schwartz décrit des limites : "De fait, le point où le choix tyrannise les patients, plus qu'il ne les libère pourrait bien exister" (28). Cette nouvelle liberté découverte pourrait déséquilibrer la balance du pouvoir, transformant le patient en maître de son médecin.

2.10. La notion de consentement

La notion de **consentement** pour le patient a vu naître un **modèle délibératif**. La décision médicale est partagée et le médecin expose à son patient différentes options. En 1979, un courant bioéthique du principisme par Beauchamp et Childress décrit quatre principes (29) :

Le principe **d'autonomie** : « liberté d'une personne de faire valoir ses priorités et de prendre elle-même les décisions qui la concernent » (30).

Le principe de **bienfaisance** : accomplir un bien en faveur d'autrui reconnu en tant que tel par celui-ci (31).

Le principe de **non-malfaisance** : avec la célèbre citation primum non nocere : "D'abord ne pas nuire" (31).

Le principe de **justice** : justice équitable pour tous (31).

2.11. Evidence Based Medecine

C'est un concept développé par des épidémiologistes de l'Université de McMaster au Canada au cours des années 1980 (32). Ce concept invite à fonder toute décision médicale sur l'expérience, le jugement, des connaissances théoriques et sur des preuves scientifiques. La **notion de preuve** s'applique à une connaissance issue de recherches cliniques rigoureuses réalisées dans le cadre du traitement des maladies et qui s'appuient sur des résultats valides, vérifiées et applicables dans la pratique médicale ordinaire.

3. Le patient internaute

Le terme internaute est défini comme une personne qui utilise l'outil internet d'une manière régulière ou occasionnelle. Le patient internaute se sert de cet outil dans un but médical.

3.1. Nombre d'internautes en France et dans le monde

En 2017, un sondage (33) a rapporté que **9 Français sur 10** sont internautes et ont un accès à Internet. Il retrouvait que 76% des français utilisaient quotidiennement internet et qu'environ **75%** des français avaient un **smartphone**.

Dans le monde, c'est plus de **4 milliards** de personnes qui ont accès au web.

En 2013, un sondage TNS (8) a rapporté que 71% des français disaient que leur principale préoccupation était leur état de santé.

3.2. Le profil des patients

Hervé Nabarette en 2002 était le responsable du service qualité de l'information médicale auprès de l'HAS (Haute Autorité de Santé) (34) et il a décrit qu'il existait cinq types différents de recherches d'information de santé :

- L'information pour **connaître** traite de la compréhension, de prise de décision ou de suivi de la maladie (soins et qualité de vie).
- L'information pour **choisir** décrit l'utilisation de guides pour trouver un médecin ou un hôpital dans sa zone géographique.
- L'information pour **superviser** avec le principe de la gestion des soins, pouvant amener les patients à former des associations de patients.
- L'information pour **produire** et pour **se coordonner** concernent l'aspect professionnel de l'information de santé.

En novembre 2007, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a publié une étude **WHIST** (35): Enquête Web sur les habitudes de recherches d'informations liées à la santé sur Internet. Ils ont essayé de produire un profil du patient internaute parmi un échantillon de 4500 personnes. Ils ont retrouvé un **profil type** qui était celui d'une femme jeune en couple, avec un âge moyen, un niveau social élevé, avec un emploi, une expérience d'internet élevé et un problème de santé. Cette enquête retrouvait que dans 83% des cas c'était pour soi-même que la personne recherchait et dans 74,5% des cas pour un proche.

3.3. E-patient et E-santé

En 1990, le chercheur Gunther Eysenbach a défini le concept de **E-santé** comme étant un ensemble d'outils communicants qui vont renforcer la possibilité d'accéder à des soins de qualité et d'être plus facilement un acteur éclairé de la gestion de sa propre santé (36).

On peut définir le **E-patient** comme étant une personne qui consomme de l'information médicale par Internet. La santé pour ces patients devient de la E-santé (37).

Le terme de **E-patient** est arrivé avec le dossier médical partagé et la possibilité pour le patient de le mettre à jour. Il peut ainsi devenir **producteur** de l'information médicale sur Internet (38).

Le **Dossier médical partagé** (DMP) lancé depuis 2004 a subi un changement tourné vers le numérique depuis 2016 suite à la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016 (39).

Le DMP est destiné à favoriser la qualité, la prévention, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient avec les différents professionnels de

santé. Ses trois principaux objectifs sont : de fournir des informations les plus complètes et détaillées au médecin traitant ; d'éviter les redondances d'examens inutiles et des possibles prescriptions doubles et de permettre aux différents médecins de partager des données de santé sécurisée entre eux, pour mieux se coordonner dans le parcours de soins du patient.

Une étude du ministère de la santé sur la E-santé (40) a montré qu'il existait un marché de l'E-santé estimé entre **2,2 et 3 milliards d'euros**.

Un autre concept d'actualité est celui de **Health Literacy**, qui caractérise le E-patient. La Health Literacy définit la compétence en matière de santé. C'est l'ensemble des aptitudes sociales et cognitives d'un individu qui déterminent sa motivation et sa capacité à obtenir, comprendre et utiliser des informations pour se maintenir en bonne santé. Elle varie avec le niveau d'études, le niveau socio-économique, sa culture, son intelligence et sa motivation (41).

3.4. La cyberchondrie

Avec Internet, l'anxiété devient de la **cyberchondrie**. C'est l'hypochondrie virtuelle liée à une pratique du patient trop abusive de l'autodiagnostic sur Internet. Le terme de « cyberchondrie » désigne le phénomène **d'exacerbation de l'anxiété à propos de la santé (health anxiety) à cause d'internet** (42).

Elle est liée à la pratique excessive de l'autodiagnostic et l'autopronostic majorant le risque pour le patient de l'automédication (38).

Un sondage Harris Interactive présente un **profil** du cyberchondriaque comme étant un jeune avec un niveau d'étude plus élevé (43).

Une analyse sur les pratiques d'un million d'internautes sur les sites médicaux faite par Ryen White et Eric Horwitz a permis de constater que 25% des patients suivent un parcours de recherche qu'ils appellent **d'escalateur**. Le patient passe rapidement d'une pathologie peu grave à plus grave (44). Ce phénomène s'appelle un **heuristique de disponibilité** décrit par les psychologues Daniel Kahneman et Amos Tversky (44).

La principale cause de la cyberchondrie viendrait du fait qu'il n'y a pas de relation entre le nombre de sites décrivant une pathologie et l'incidence de cette pathologie dans la population générale. Au contraire, les patients estiment le risque de survenue d'une maladie en fonction du nombre de descriptions qu'ils trouvent.

Une étude américaine « Cyberchondria : Studies of the Escalation of Concerns » (45) rapporte que les moteurs de recherche sont utilisés comme des outils diagnostics et entraînent souvent une anxiété exacerbée. Cela est dû au fait que les patients considèrent les premiers résultats comme étant les plus pertinents et les plus adaptés à leurs soucis actuels. En étant seul devant son écran et sans médecin, le patient se retrouve sans repère et il se stresse rapidement. L'utilisateur oublie sous l'effet du stress qu'il n'y a pas de relation entre le nombre de sites décrivant sa maladie et la prévalence de celle-ci.

C'est cette **course à l'escalade** qui entraîne l'anxiété liée à la recherche sur Internet. Un des facteurs de risques de cette anxiété post recherche sur Internet était l'anxiété à la maladie avant la recherche. Les patients ayant une forte anxiété avant la recherche se trouvaient encore plus stressés après la recherche alors que ceux qui présentaient un faible stress se trouvaient soulagés.

Il existe une **échelle de gravité** de la cyberchondrie basé sur 33 éléments regroupés en **5 facteurs** (la compulsion, la détresse, l'excessivité, la recherche de la réassurance et la méfiance envers un professionnel de santé) (46).

3.5. Fracture numérique et les inégalités

Fabrice Le Guel a pu constater que Internet n'était pas utilisé de la même façon par les personnes qui y ont accès. Ainsi, si certains l'utilisent afin de rechercher des informations pour se renseigner et apprendre, d'autres l'utilisent seulement afin de communiquer par mails ou par visioconférence. Il parle de « **fracture numérique** » de premier et de second niveau. La fracture numérique de **premier** niveau se situe directement au niveau des inégalités dans l'accès à Internet et de **second** niveau sur les inégalités d'usages d'Internet (47).

Eysenbach en 2000 proposait l'expression « **inverse information law** » en référence à la théorie de Julian Tudor Hart, énonçant ainsi que ceux qui ont le moins accès à l'information médicale de qualité sont aussi ceux qui en ont le plus besoin. Ceci apparaît comme un facteur supplémentaire d'exclusion en plus de la « double fracture numérique » (inégalité d'accès à Internet et inégalité dans les capacités d'utilisation de cet outil numérique) (48).

3.6. Au quotidien

Sur le sondage Médiamétrie de mars 2019, sur les 13 352 000 visiteurs, 34,9% utilisent l'ordinateur pour aller consulter le site **Doctissimo®** contre plus de 67%

sur leur smartforme (9). De nos jours, nous pouvons récupérer les résultats de laboratoire ou d'imagerie directement en ligne sur le smartforme. Ils peuvent ensuite montrer les résultats à leurs médecins pendant la consultation.

Le site **Doctolib®** lance une révolution de la prise de rendez-vous avec une démocratisation pour les patients. Il référençait 13 158 000 visiteurs uniques par mois en mars 2019 et se classait 45^e site le plus visité. En Septembre 2021, il est arrivé à la 31^e place des sites les plus visités de France avec 36,8 millions de visiteurs mensuels. Le site a eu un bon exponentiel pendant la crise du Covid 19 pour la prise de rendez-vous lors du début de la vaccination de masse.

Quand le patient fait une requête sur un sujet de santé sur Google, la page Wikipédia apparaît dans 100% des cas et un lien Doctissimo dans 84% des fois, dès la première page des résultats (49). Internet est devenu **la première source d'information de santé à 82%**, se situant devant les médecins et les médias traditionnels (écrits et audiovisuels) (50).

3.7. La consommation de soins

Eysenbach a décrit une nouvelle discipline qui est née de l'internet médical et qu'il a appelé l'informatique médicale du consommateur (« **consumer health informatics** »). C'est une branche de l'informatique médicale qui analyse les besoins en information du consommateur. Elle étudie les systèmes délivrant l'information et leur effet sur la santé publique. Cette discipline cherchera à connaître les usages et les envies des utilisateurs et permettre le passage entre Internet et le monde physique. Cela peut se rapprocher du **Web 3.0** (48).

4. Le médecin internaute

4.1. Médecine 2.0

En 2013, **96%** des médecins utilisaient Google à visée professionnelle, dont 25% plusieurs fois par jour. Ils cherchaient principalement de l'aide pendant la consultation sur le site de l'HAS dans 14% des fois (49).

En 2008 et en 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (51) préconisaient en matière de déontologie médicale sur le web santé "d'adopter une attitude accompagnatrice, pédagogique, anticipatrice vis-à-vis des usages du web santé ". Le médecin est encouragé à orienter son patient vers des sites pertinents, sérieux et fiables, à enrichir l'esprit critique et d'analyse du patient en donnant son avis. Le CNOM invitait les médecins français à apporter leur

contribution dans la création des sites de santé, tout en respectant la déontologie médicale concernant la publicité. L'association Kitmedical.fr a lancé un moteur de recherche médical à destination des médecins généralistes nommé « **Doocteur** ». Il permet un gain de temps et d'autonomie pour les médecins en évitant les sites internet grand public au profit de sites sérieux (52).

4.2. Doctolib et la téléconsultation

En Septembre 2019, **Doctolib**® comptait 100 000 professionnels et 2000 établissements de santé. Cela représente plus de 15% des professionnels de santé (53). Pendant le confinement général de mars 2020 à cause de l'épidémie de coronavirus (Covid 19), la plateforme de rendez-vous Doctolib a lancé la téléconsultation apportant une aide aux médecins obligés d'arrêter leur activité mais aussi aux patients confinés chez eux. L'option est devenue gratuite pendant cette période.

5. Le cadre juridique et certifications

5.1. Loi Kouchner du 4 mars 2002

L'article L.1111-2 du code de la santé publique modifié par la loi du 4 mars 2002 a défini l'obligation d'information, son type et ses dérogations. « Toute personne a le **droit d'être informée** sur son état de santé » (54). Elle permet de **diminuer la dissymétrie relationnelle** existante entre le médecin « sachant » et le patient « ignorant ». Le patient peut devenir acteur de la décision médicale puisqu'il a la possibilité de comprendre des informations et des préconisations que le médecin lui fournit. Aucun traitement ou acte médical ne peut être fait sans le **consentement** libre et éclairé de la personne qui le reçoit. Celui-ci peut être retiré à tout moment si la personne le souhaite. Le médecin a donc l'obligation d'aider son patient qui fait des recherches sur internet à mieux s'orienter, à comprendre et à trier les informations trouvées sur le net. Le principe de « **démocratie sanitaire** » a été développé pour que chaque patient ait accès à son dossier médical.

5.2. Certifications de l'HAS

L'article L161-38 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (55) donne à la HAS un rôle de **certification** des sites liés 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 (56) affirme que la HAS doit déterminer les **règles de bonnes pratiques** devant être respectées par ces sites et logiciels.

5.3. Code de déontologie médicale

Le code de déontologie médicale datant de 1995 définit les normes morales dictant la conduite de la profession médicale (57).

L'article 8 se réfère à la **liberté** de prescription : "le médecin est libre de ses prescriptions". Le médecin est le seul décideur de ses prescriptions.

L'article 34 parle de la **prescription** et de sa clarté : " Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. "

L'article 35 se rapporte à l'**information** du patient : " Le médecin doit à la personne qu'il examine, une information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins qu'il lui propose".

L'article 36 aborde le **consentement** du patient : "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. "

5.4. HON Code

La Fondation HON (Health On the Net) est une organisation non gouvernementale basée en Suisse, chargée d'effectuer une certification des sites de santé selon le respect de 8 principes prédéfinis(58) (59).

- **Autorité** : identification de la qualification des rédacteurs.
- **Complémentarité** : informations complémentaires au médecin
- **Confidentialité** : des informations personnelles des visiteurs du site.
- **Attribution** : citation des sources et datation précise des pages de santé.
- **Justification** : de toute affirmation de façon objective et fiable.
- **Professionalisme** : information accessible et identification du webmaster.
- **Transparence** du financement.
- **Honnêteté** dans la publicité présente sur le site et la politique éditoriale.

La HAS et le CNOM ont proposés ensemble des modalités de contrôle de l'information de santé grand public en ligne (59). Les experts de la HAS se sont adressés à la fondation **HON**, qui plutôt que de garantir le contenu du site, s'engage à **encadrer le contenant**. Le principe de la certification repose sur une

démarche volontaire de la part du site, elle est gratuite et est dépourvue de tout système de sanction. Cela est donc utile pour les sites moins connus, qui ont besoin d'une meilleure visibilité et un gage de fiabilité supplémentaire, mais apparaît comme inutile pour les sites bénéficiant déjà d'une bonne notoriété et visibilité. Des grands sites comme Doctissimo®, n'affichent pas la certification HON®. La norme HON® est devenue un outil de marketing plutôt qu'un moyen de contrôle de l'information (59).

6. La question de recherche

6.1. Problématique et intérêt personnel

On fait face actuellement à une invasion du virtuel dans nos vies de tous les jours, amplifiée par l'apparition de la 4G et, plus récemment, de la 5G. Les objets connectés nous accompagnent partout, on reste connecté au virtuel en permanence. Quant au contact entre êtres humains, cela a tendance à accepter trop facilement cet intermédiaire qui est Internet. On communique les uns avec les autres via les réseaux sociaux, des forums, des blogs, se cachant parfois derrière une photo impersonnelle ou un pseudonyme.

On a observé cette même tendance s'introduire dans la consultation médicale. Les patients profitent de l'immensité des données qu'ils trouvent très facilement sur internet, pour se renseigner sur leur santé. Ce qui les attire est la facilité et l'anonymat. Mais ils ne tiennent pas compte du fait que ces informations ne s'appliquent pas forcément à eux, que ce sont des généralités, de la théorie, que le plus souvent elles ne sont pas validées par des professionnels de santé. En ce qui concerne la santé, internet est un mélange d'informations impersonnelles et non hiérarchisés, qui crée chez les patients un nouveau type d'angoisse. C'est une forme d'hypochondrie appelée la cyberchondrie.

Ce type de patient vient tôt ou tard consulter son médecin généraliste en quête de clarifications. C'est ainsi que le médecin se retrouve contraint de faire une consultation à trois, acceptant ce nouvel accompagnant qui est internet.

En approfondissant le sujet, nous avons remarqué qu'ils existaient des multiples thèses et articles traitant le point de vue du patient internaute, ses motivations et son ressenti. Mais nous avons retrouvé peu de sources qui abordaient le point de vue des médecins.

Nous avons été confrontés aux patients internautes, qui cherchaient une clarification ou, au contraire, essayaient de s'imposer et nous avons rencontré des difficultés dans leur gestion. C'était pour cette raison que nous avons décidé de voir comment nos confrères généralistes apercevaient la consultation avec un patient internaute et comment ils la géraient.

6.2. Objectif Principal

L'objectif principal de notre étude a été d'analyser le ressenti et l'adaptation des médecins généralistes dans le Var et les Bouches du Rhône face au patient internaute, dans leur pratique quotidienne.

MATERIELS ET METHODES

1. Travail préalable bibliographique

La recherche bibliographique a été faite tout le long de la thèse. Nous pensions qu'il était primordial de se renseigner et d'accumuler le maximum de connaissances sur le sujet traité. Nous avons utilisé l'ENT (Espace Numérique de Travail) disponible via l'Université d'Aix-Marseille et pour accéder par la suite aux différentes ressources documentaires. On s'est servi également des plateformes Medline, PubMed, Cairn.Info, SUDOC, CISMEF et Google Scholar. Le logiciel **Zotero** a été un excellent outil de travail que nous avons pu découvrir dans le cadre de la recherche documentaire mise en place par le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale). Il nous a permis de référencer efficacement les différentes sources bibliographiques lors de la rédaction de cette étude.

2. Choix de la méthode qualitative : définition et but

« Les méthodes qualitatives ont pour but de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (60). La méthode qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel en s'efforçant de leur donner un sens et en les interprétant au travers des significations que les gens leur donnent. Le raisonnement est sur un modèle **inductif**, à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse » (61).

Cette méthode permet « d'explorer les émotions, les expériences personnelles et les comportements. La méthode contribue à une meilleure **compréhension** du fonctionnement des sujets ainsi que des interactions entre les sujets. Elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins » (62). Cette méthode a été la plus adaptée du fait que les entretiens apportent des données croisées et approfondies sur un petit nombre de cas alors que les questionnaires utilisés dans les études quantitatives balayent une surface importante sans aller en profondeur. Les entretiens choisissent de se concentrer sur un domaine et plongent dans l'épaisseur du sujet (63). La méthode qualitative permet d'analyser un comportement individuel et un ressenti face à une situation familière afin de comprendre et d'observer. C'est une méthode de recherche qui s'intéresse à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel.

3. Choix de la technique de l'entretien semi dirigé

Il semblait pertinent et intéressant d'approcher le sujet du point de vue des médecins (64). Il était primordial de réaliser ces entretiens aux cabinets des médecins en tête à tête, afin de privilégier une parole libre et sincère dans leurs milieux professionnels naturels. Avec l'entretien en face à face, on a pu favoriser la liberté d'échange dénuée de tout jugement et une confiance mutuelle entre confrères. L'étude à partir **des entretiens semi-dirigés** nous a permis d'appréhender le ressenti des médecins par une approche compréhensive (65).

4. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a servi de fil conducteur et a permis à l'ensemble des thèmes que nous souhaitions aborder dans nos entretiens d'être discuté et approfondi pendant la conversation (66) (67). Nous avons modifié plusieurs fois au début de nos premiers entretiens pour arriver à une version finale et définitive. Nous l'avons d'abord testé sur des médecins qui ne figurent pas dans la liste des sujets interrogés pour voir si les phrases étaient suffisamment ouvertes et pertinentes. Puis nous l'avons perfectionné en rajoutant des questions de relances et nous avons demandé l'aide de plusieurs médecins appartenant au DUMG pour affiner notre guide.

« Le fait de ne pas poser les mêmes questions d'un entretien à un autre pourrait être un signe du progrès de la recherche plutôt qu'un défaut » (68).

Nos axes principaux étaient définis mais notre liberté interne était conservée nous permettant de nous adapter en fonction des réponses des interlocuteurs. Nous avons volontairement choisi de rajouter des relances possibles sur le guide pour éviter un quelconque blocage pendant les entretiens sans être obligé de toutes les utiliser forcément. Nous commençons toujours par une question brise-glace pour lancer le sujet. La trame d'entretien a été façonné à partir des données de la littérature et des hypothèses émises que nous souhaitions approfondir. En annexe, le guide d'entretien final est présent.

5. Recrutement des médecins : critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères **d'inclusion** :

- Être médecin généraliste dans les Bouches-du-Rhône ou dans le Var
- Avoir une activité libérale

- Avoir validé son cursus ou ayant une activité de remplacement en libéral
- Être volontaire et consentant de participer
- Accord préalable à l'enregistrement

Les critères **d'exclusion** :

- Refus de participation aux entretiens
- Refus d'enregistrement
- Les médecins avec une activité hospitalière exclusive

6. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu aux cabinets des médecins interrogés, en face à face. Ils ont été faits sur une période de 9 mois de mars 2020 à décembre 2020. Nous avons **toujours** demandé en début d'entretien, de façon orale la **permission** d'enregistrer les entretiens, assurant l'anonymat. Nous avons privilégié l'enregistrement sur deux téléphones au lieu du dictaphone, pour que cela soit le plus discret possible. Comme il a été précisé précédemment, le manque du consentement oral a représenté un critère d'exclusion de cette étude. Ensuite l'entretien audio a été supprimé et aucune annotation ne permettait de savoir l'auteur des entretiens.

7. Analyse des entretiens avec Nvivo 12

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité et au mot près dans le logiciel Nvivo 12. Nous l'avons préféré au codage manuel papier car il nous permettait une manipulation plus ergonomique. Chaque entretien a été relu pour assurer la fidélité des propos.

7.1. Analyse par théorisation ancrée (Échantillonnage théorique)

Nous étions face à une étude d'un phénomène social avec des interactions entre des acteurs (des médecins, d'internet et des patients). Le but était de pouvoir répondre à la question suivante « Qu'est-ce qu'on apprend des données recueillies ? » Nous avons choisi pour y répondre d'utiliser l'**analyse par théorisation ancrée** (69). Cette méthode d'analyse présume une comparaison continue (comparaison permanente entre réalité observée et théorie en émergence), ainsi que la collecte et l'analyse simultanée des données

(68). Par conséquent, la théorie émergente reste bien ancrée dans la réalité des données recueillies. La théorisation ancrée permet un acte de conceptualisation (70).

7.2. Codification

Pour ouvrir un maximum de pistes de recherches sans en écarter, nous avons étiqueté les retranscriptions des entretiens. On appelle cela le **codage ouvert**.

Il consiste à extraire du texte retranscrit des groupes de mots et de synthétiser leur signification, leur donner une unité de sens (le code). Ainsi ont émergé des thèmes et des sous thèmes (71). Via le **codage axial**, ces thèmes ont été classés dans des catégories (72). Ensuite nous avons mis en relation ces catégories par le **codage sélectif**. Cette étape déterminante a permis de passer de la description à l'explication, d'un plan statique à un plan dynamique.

Une **triangulation** à deux chercheurs a été réalisée (73). La même source d'information a été codé par l'auteur et un autre médecin pour éviter les biais d'interprétation (65).

7.3. Saturation des données

La phase de vérification a fermé le dossier en établissant qu'il n'y avait plus de nouveaux thèmes émergents (70). C'est ce que l'on appelle la saturation de données. Elle a été atteinte au bout de vingt entretiens. Nous avons ensuite complété par trois entretiens supplémentaires pour confirmer. Il n'y a pas eu de notions supplémentaires rapportées par ces trois derniers.

8. Conditions éthiques

8.1. Anonymisation et consentement

Un numéro d'ordre a été donné à chaque entretien retranscrit. Ensuite l'enregistrement a été supprimé. Aucune information personnelle pouvant permettre de connaître l'identité des médecins interrogés n'est présente dans cette étude. Chaque médecin a donné son consentement oral avant chaque entretien concernant l'enregistrement et l'utilisation des données recueillies.

8.2. CNIL, Loi Jardé et CPP

Nous avons évalué à l'aide du site « 2019.06.17 - RIPH+RGPD v1.1 » (74) le caractère éthique de cette étude au regard de la loi Jardé (loi 2012-300 datant

du 5 mars 2012 relative à la recherche impliquant la personne humaine et qui a été modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016).

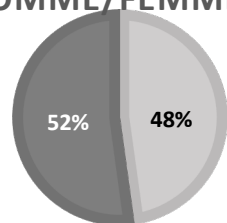
Cette thèse ne rentre pas dans le champ de la loi Jardé car elle repose sur des entretiens auprès des professionnels de santé. Ce travail n'implique pas la personne humaine au sens de la loi Jardé. Il n'a pas été nécessaire de faire appel à un Comité de Protection des Personnes (CPP), ni à un promoteur, ni à une assurance. Elle ne relève pas du RGPD (Règlement général sur la protection des données) et n'a donc pas besoin de démarche particulière auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Il n'y a pas eu de données sensibles (sexualité, violence, religion) et donc pas de nécessité de comité d'éthique.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillonnage des médecins généralistes

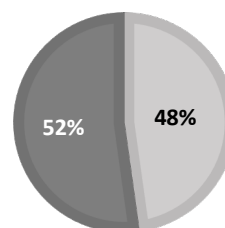
N°	Sexe	Mode d'installation	Années d'installation	Nombre moyen de consultations par jour	Durée de l'entretien	Code
1	H	Seul	35	30	09:18	MG1
2	H	Seul	40	35	08:21	MG2
3	H	Seul	5	30	14:11	MG3
4	F	Groupe	10	25	08:28	MG4
5	F	Groupe	30	20	14:47	MG5
6	F	Groupe	20	20	12:29	MG6
7	H	Seul	20	30	15:45	MG7
8	F	Seul	10	40	16:25	MG8
9	H	Seul	30	30	10:58	MG9
10	H	Groupe	15	30	11:23	MG10
11	H	Groupe	20	25	19:52	MG11
12	F	Groupe	30	25	11:32	MG12
13	H	Seul	7	30	15:37	MG13
14	H	Groupe	40	25	13:45	MG14
15	F	Seul	30	40	13:04	MG15
16	F	Seul	7	30	11:01	MG16
17	F	Seul	3	25	10:22	MG17
18	F	Seul	35	25	14:36	MG18
19	F	Groupe	5	25	10:01	MG19
20	H	Groupe	10	30	07:04	MG20
21	F	Groupe	5	20	11:01	MG21
22	F	Groupe	40	25	05:35	MG22
23	H	Groupe	10	40	10:25	MG23
		MOYENNE	19,86956522	28,4782609	12:00	

PROPORTION HOMME/FEMME



■ Homme ■ Femme

MODE D'INSTALLATION



■ Seul ■ Groupe

L'échantillonnage a été composé de **23 médecins généralistes**. Nous avons référencé le sexe, le mode d'installation, la durée de l'installation et le nombre moyen de consultations journalières pour chaque médecin. Nous avons rapporté la durée des entretiens et le code pour chaque médecin. La moyenne des années d'installation des médecins généralistes interrogés était de **20 ans environ**. Ils avaient une moyenne de **28 consultations par jour**. La durée moyenne des entretiens a été de 12 minutes. Les proportions entre hommes et femmes ainsi que le mode d'installation entre seul et en groupe étaient presque identique.

2. Profil du patient internaute

Aucun profil franc du patient internaute ne s'est dessiné. D'après les médecins, des personnes d'âges différents font appel à internet.

MG10 : « On pourrait penser que ce sont les plus jeunes qui ont accès à internet avec leur téléphone. Mais je dirais que c'est plutôt des personnes retraitées d'un certain âge et qu'ils avaient accès à Internet dans leur profession. »

MG16 : « Plutôt jeune entre 20 et 50 ans. Pas les personnes âgées. »

MG1 : « La plupart avant de venir chez le médecin enfin je veux dire les jeunes principalement, pas les personnes âgées car ils y vont moins enfin parfois même des personnes âgées, vont chercher des informations sur internet. »

MG23 : « Plutôt âge moyen 30-50ans. »

MG14 : « Ce sont des gens intelligents la plupart du temps. Plutôt des hommes dans l'âge 40-50ans. Peu de jeunes m'en parlent. »

3. Impact de la triangulaire médecin-patient-internet sur les protagonistes

3.1. Impact positif

3.1.1. Un gain de temps

Pour certains médecins, un patient déjà informé sur Internet leur faisait gagner du temps, car ils n'avaient pas besoin de tout lui expliquer. Un médecin parlait même d'un gain de temps sur le long terme.

MG11 : « Ça permet de gagner du temps sur certains patients. »

MG8 : « mais je pense qu'en les éduquant bien, on peut gagner du temps sur le long terme. [...] Je me rappelle d'un patient qui était contrarié par un grain de beauté. Il a vu sur Internet les règles ABCDE sur comment reconnaître un naevus atypique. »

MG15 : « C'était une dame d'un certain âge qui avait des arthralgies et qui était allée sur internet pour savoir si elle pouvait avoir le dosage des anticorps anti CCP. [...] Les sites sont bien faits et ils gagnent du temps. »

MG3 : « J'ai eu un patient récemment qui souffrait d'une hydrocèle au niveau du testicule et qui avait imprimé le collège national d'urologie. Les 14 pages avec le diagnostic et les traitements. »

MG10 : « C'était un patient qui avait la cinquantaine qui me demandait un bilan sanguin car il avait vu qu'il fallait faire le PSA à partir de 50 ans sur Internet. [...] Il y a des avantages car ils ont déjà entendu parler de quelque chose et ils ont déjà une pré-connaissance et donc cela passe beaucoup mieux. »

3.1.2. Perfectionnement continu du médecin

3.1.2.1. Aide directe pour le médecin

Internet pouvait représenter une aide pour le médecin directement car il allait lui-même se renseigner sur des sites spécialisés.

MG11 : « Internet peut être un outil pour t'aider à penser à un diagnostic. »

MG13 : « Par contre pour moi j'utilise des sites de collègue ou le Vidal pour m'aider. Je vais sur le collège des enseignants en ligne. Les mêmes que pour l'internat. Le collège de dermato je l'utilise beaucoup. »

MG3 : « J'utilise très régulièrement internet et je me suis inscrit à différentes revues tel que Prescrire. Je consulte très régulièrement l'HAS et Amélie pour me tenir à jour des différentes nouveautés. »

MG7 : « Pour moi cela me paraît constructif sur l'aide diagnostic. [...] Me faire penser à des diagnostics que je n'avais pas pensés vraiment. »

MG21 : « et cela me permet à moi aussi d'avancer. »

MG4 : « Je l'utilise pour la télétransmission. Je l'utilise par exemple avec Google images pour la dermatologie. »

MG5 : « Moi cela ne me gêne pas car j'y vais souvent. »

MG14 : « Internet est un outil merveilleux. »

3.1.2.2. Mettre à jour les connaissances du médecin par le patient

Certains médecins bénéficiaient des informations apportées par le patient pour réactualiser leurs connaissances médicales. Ils avouaient avoir toujours des choses à apprendre.

MG14 : « Dans le détail, certains m'apprennent de nouvelles choses, c'est très rare mais cela m'arrive. »

MG3 : « Il m'est arrivé plusieurs fois d'apprendre des choses que je ne savais pas par un patient. [...] Un sujet d'actualité par exemple un patient m'a appris qu'un médicament avait été sorti du marché. »

MG5 : « Il faut discuter avec eux et se remettre en question car ils peuvent nous apprendre des choses. »

MG6 : « Même en faisant les formations régulièrement il arrive toujours que des patients nous apprennent plein de nouvelles informations, un nouveau médicament qui vient de sortir. [...] Ils nous apprennent de nouvelles choses. »

MG7 : « Le patient peut m'évoquer quelque chose qu'il a vu sur internet. [...] Le point positif c'est qu'ils peuvent m'aider à trouver un diagnostic plus facilement que si j'étais tout seul. »

MG8 : « Les patients régulièrement nous apprennent de nouvelles choses. »

3.1.2.3. Le patient donne de nouvelles idées à son médecin

Le patient pouvait orienter le raisonnement du médecin et lui donner de nouvelles idées.

MG1 : « Je pars du principe que les patients savent plus de choses s'ils vont sur internet avant. »

MG11 : « Généralement les informations qu'ils ont vu sur internet sont bonnes. [...] Ils arrivent déjà avec des idées et des idées qu'on n'aurait pas pensées. [...] Me donner des idées auxquelles je n'aurais pas pensé. »

MG13 : « Parfois oui, cela peut orienter les choses à des choses qu'on n'aura pas pensés. »

MG20 : « Il m'influence car ils peuvent me faire penser à un diagnostic que je n'aurais jamais pensé. »

MG15 : « Ils vont te conseiller des examens. »

MG23 : « Cela a pu m'orienter parfois dans des diagnostics. Je n'ai pas de souvenirs de conflits liés à internet. »

3.1.2.4. Enrichissement de la relation médecin-patient

Les nouvelles idées que le patient échangeait avec son médecin apportaient à la consultation un côté intéressant, stimulant pour certains médecins. Non

seulement, cela était productif du point intellectuel, mais aidait aussi à créer une complicité entre les deux parties.

MG17 : « *Et d'autres patients qui se sont renseignés et qui ont beaucoup de questions car ils sont en quête de compréhension. Et pour ce genre de patient c'est plus intéressant.* »

MG14 : « *Ils sont d'être mieux informés mais pour les plus corticalisés.* »

MG15 : « *Bien sûr, y a des patients qui se renseignent et qui apprennent bien. C'est plus agréable de parler avec des gens informés et qui se sont renseignés.* »

MG18 : « *Si on arrive à les convaincre de nous faire confiance, la relation se retrouve enrichit et de meilleure qualité.* »

MG20 : « *Quelque fois la source est bien identifiée et fiable et tu peux creuser en profondeur.* »

MG21 : « *Ce qui ont les bonnes sources c'est un vrai enrichissement avec de vrais articles [...] C'est enrichissant dans les 2 sens.* »

MG3 : « *Le patient a une certaine connaissance pas forcément la bonne mais on peut travailler en équipe. [...] La connaissance qu'amène le patient rend la conversation beaucoup plus intéressante, active et productive.* »

MG7 : « *Cela m'arrive quand on évoque un diagnostic ou quand je ne sais pas ce qu'à le patient. Le patient peut m'évoquer quelque chose qu'il a vu sur internet. [...] Soit ça me permet d'avancer et cela fait partie de la consultation [...] Je pense que oui. S'il fait ça, c'est qu'il y a un blocage quelque part. Il ne regarde pas sur internet pour une angine par exemple. Il ne me prend pas la tête. Par contre pour des diagnostics plus difficiles, oui on voit qu'il y a une réelle recherche du patient.* »

MG8 : « *Je pense que l'arrivée d'internet renforce le savoir du patient. [...] Mais il y a la plupart du temps un vrai débat d'idées.* »

3.1.3. Un échange évolutif

3.1.3.1. Ouverture au dialogue

Les médecins trouvaient qu'ils avaient un meilleur échange avec un patient internaute, que le dialogue était plus ouvert.

MG1 : « *Cela peut être constructif et un moyen de démarrer le dialogue avec le patient.* »

MG17 : « *C'est une discussion avec certains patients.* »

MG18 : « Puis en fonction des patients, on peut vraiment ouvrir le dialogue. »

MG21 : « Après je peux m'en servir pour discuter et être une véritable ouverture aux dialogues. »

MG23 : « C'est même plutôt agréable. Une façon d'ouvrir la conversation avec le patient. »

MG6 : « une ouverture au dialogue. »

MG7 : « Je le vois comme une ouverture au dialogue et une véritable relation de confiance en travaillant ensemble. [...] Pour moi c'est une véritable ouverture au dialogue et un moyen pour le patient de s'exprimer. [...] Un autre point positif : Cela permet d'échanger tout simplement. [...] C'est pour moi une façon de discuter avec le patient. »

MG14 : « Quand ils sont allés sur internet, je leur demande ce qu'ils ont vu. »

MG16 : « il est venu en discuter. »

3.1.3.2. Investissement du patient mieux informé

Les médecins considéraient qu'un patient internaute était mieux informé, plus impliqué dans ses soins, avide de comprendre et d'apprendre. Cela leur apportait une interaction plus productive. Quant au patient, il avait envie de devenir un acteur dans sa propre santé.

MG7 : « pour des diagnostics plus difficiles, oui on voit qu'il y a une réelle recherche du patient. »

MG16 : « Dans les aspects positifs, internet permet au patient de mieux se renseigner sur leur maladie par exemple avec des maladies chroniques. [...] Même parfois mieux que nous. »

MG23 : « Le patient est investi donc cela m'intéresse. [...] Je n'ai pas trouvé d'impact négatif mais plutôt des points positifs. Car pour moi cela signe l'investissement du patient dans sa prise en charge de sa maladie. »

MG19 : « Oui, il va se sentir plus impliqué car il a envie d'apprendre plus sur lui-même. »

MG8 : « Il veut se renseigner pour apprendre plus pour sa maladie surtout pour les chroniques. [...] Le patient est plus impliqué s'il cherche de façon constructive et qu'on en discute après. »

MG10 : « Quand par exemple on va leur faire passer un examen complémentaire, ils sont déjà prévenus et ils ne tombent pas des nues. [...]

Quand il y a quelque chose qui les interpelle ils vont faire des recherches pour comprendre. [...] Après c'est facile de lui faire admettre ce qui est bien pour lui ou pas. Après bien sûr il peut avoir tout à fait raison. »

MG18 : « Le patient se trouve plus impliqué [...] Ils y vont pour se renseigner. »

MG12 : « Ils vont chercher une information avant de venir. On sent qu'ils se sont renseignés. »

MG14 : « On se renseigne sur tout sur internet donc pourquoi pas sa santé. [...] Oui, ils se sont plus éduqués. »

MG1 : « Ils s'informent naturellement pour regarder si c'est vrai ou pas. [...] Ils s'informent naturellement regarder si c'est vrai ou pas. [...] Je pars du principe que les patients savent plus de choses s'ils vont sur internet avant. »

MG20 : « pour eux c'est des avantages car cela leur apprend des choses. [...] Il se sent plus impliqué en voulant se renseigner pour apprendre de sa souffrance. »

MG13 : « Je pense que les patients chez qui on n'explique pas ce que l'on fait cela n'existe plus. [...] Le patient devient acteur de sa santé et il est en demande d'explication. Il veut comprendre. »

MG2 : « mieux apprendre sa pathologie. »

MG3 : « Un patient qui vient avec ses propres recherches sur internet aurait beaucoup plus d'information et d'interrogation. [...] On sentait que le patient maitrisait mieux le sujet que moi. [...] Il est plus impliqué dans sa propre prise en charge. [...] Le patient est mieux informé et nous en remercie. »

MG4 : « leur argumentaire est très bien construit »

MG5 : « Je leur dis que c'est bien qui se soit renseigné »

MG6 : « Parfois ils sont informés correctement »

3.1.3.3. Démocratisation de la santé et droit à l'information pour tous

De nos jours, l'égalité des droits s'applique à l'information et à la santé aussi. Tout le monde a le droit de s'informer, de savoir et de comprendre. Une tendance commençait à s'entrevoir, celle de la démocratisation de la santé.

MG12 : « Quelques fois cela permet de démocratiser certaines notions. Ils comprennent mieux ce qu'on leur explique. »

MG20 : « Oui sûrement, cela démocratise la santé. »

MG8 : « La démocratisation de la santé a permis pour quiconque qui c'est chercher des informations sur internet de se renseigner sur des sujets très complexes et apprendre. »

MG23 : « Les gens ont accès à l'information et ils veulent se renseigner. L'accès à l'informations est tellement plus simple. On est tout le temps sur connecté à internet, pas forcément pour remettre en doute la parole médicale du médecin. C'est une accessibilité à l'information facile. »

3.1.3.4. Partage du savoir

Les médecins remarquaient une évolution de leur relation avec le patient vers un échange mutuel. Ils confrontaient leurs connaissances, ils partageaient leur savoir dans un but constructif. Ils ont évoqué également la disparition du médecin paternaliste, actuellement le patient a tendance à se situer sur une position d'égalité.

MG10 : « Avant le médecin avait le savoir et il le donnait au patient et le patient acceptait sans broncher. [...] Maintenant il y a une forme d'égalité avec chacun qui amène une connaissance. On confronte nos connaissances. Cela dépend de la demande du patient, cette demande peut être validée ou pas et on peut en discuter. »

MG3 : « Nous sommes moins dans une relation paternaliste avec le patient qui est ignorant et le médecin qui a le savoir. [...] On sentait que le patient maîtrisait mieux le sujet que moi. [...] Il faut essayer de faire le point ensemble et de trouver la meilleure solution possible. »

MG8 : « L'inégalité dans la relation est moins disproportionnée. [...] Le patient n'est plus une personne profane qui ne connaît rien. [...] Je pense que l'arrivée d'internet renforce le savoir du patient. [...] Cela m'arrive qu'ils m'apprennent de nouvelles notions. »

MG11 : « C'était une patiente qui m'a mené son fils il y avait fait un diagnostic de TDAH et il s'avère qu'elle avait raison et j'ai pu apprendre qu'il existait un traitement appelé Medikinet. »

MG17 : « Et si on peut contrôler la santé cela peut être bénéfique. On n'est plus dans la société paternaliste d'avant. Ce n'est pas que chez le médecin mais aussi par exemple avec les instituteurs. »

MG23 : « Le maître mot, c'est l'écoute et le partage la solution. »

MG5 : « Je leur dis que c'est bien qui se soit renseigné après je leur explique ce que moi j'ai appris avec mes connaissances et mon expérience. »

3.1.3.5. Le médecin reste le référent du savoir

Une partie des sujets interviewés considérait qu'ils restaient, malgré tout, la source de référence pour leurs patients, le filtre qui validait ou pas les informations retrouvées sur internet.

MG14 : « Pas du tout. Ils m'en parlent pour faire avancer les choses. Ils veulent avoir mon opinion. Ils veulent savoir ce que j'en pense. »

MG10 : « Tout le monde avait des avis mais il venait quand même chercher les informations auprès de nous médecins. »

MG12 : « Quand ils ont trop peur, ils viennent finalement nous voir pour être rassurés. »

MG16 : « Le plus important est de consulter son médecin. »

MG17 : « C'est qu'au final c'est nous qu'on a le dernier mot. »

MG18 : « La plupart du temps ce sont des patients qui viennent chercher mon avis et qui au fur et à mesure de la consultation me parle de leur recherche qu'ils ont faite. »

MG7 : « Il va arriver avec ses recherches et me les exposer et me demander "qu'est-ce que vous en pensez docteur", "j'ai vu ça et que ça pouvait donner ça" avec toujours en demandant à son médecin ce qu'il en pense. [...] Ils ne viennent pas me voir avec ce côté négatif. Et j'arrive à ce constat d'une façon assez simple, c'est que s'il me remettait totalement en question, il ne viendrait pas me voir il n'aurait pas besoin de moi. Il ne viendrait pas alors me voir et il me dénigrerait totalement »

MG8 : « Ils viennent voir le médecin pour voir s'ils valident leur information. [...] Même si le patient pense avoir raison, il vient quand même voir son médecin pour avoir confirmation et en parler. [...] Internet ne peut pas le rassurer complètement. »

MG5 : « Ils peuvent regarder mais il faut qu'il m'en parle ensuite et on en discute. [...] Le plus important c'est qu'il m'en parle par la suite. Après c'est eux qui décident, pour moi cela ne me dérange pas internet. [...] Je leur dis si je suis d'accord avec ce qu'ils ont trouvé ou pas. »

3.1.3.6. Une relation de confiance

Lorsque les patients venaient vérifier les informations lues sur internet, cela était vu par certains médecins comme une preuve de confiance et les aidait à consolider leur relation.

MG10 : « Ils ont toujours confiance dans leur médecin traitant même s'ils viennent avec une demande particulière. [...] Le fait qu'ils aient quelqu'un en face et qu'on arrive à anticiper ce qu'ils vont nous demander, quand on leur apporte les bonnes réponses, ils ont confiance dans leur médecin. »

MG11 : « Cela m'arrive que quand ils reviennent du grand professeur de Marseille, ils reviennent me voir et ils me demandent ce que j'en pense. C'est cela la confiance dans la relation médecin patient. Entre un patient et son médecin traitant. [...] Le plus important face à ce patient c'est de lui redonner confiance en nous. »

MG14 : « Je pense qu'ils ont confiance et ils viennent m'en parler. Ils ont suffisamment confiance. »

MG15 : « Je leur fais confiance. La relation entre le médecin et son patient est une relation de confiance. »

MG18 : « La plupart ont une véritable confiance dans leur médecin. »

MG19 : « Ils ont confiance dans leur médecin et ils viennent pour qu'on les rassure. »

MG2 : « une relation de confiance qu'il faut établir avec son patient et malgré qu'il aille sur internet, [...] C'est ce qui est pour moi la base d'une bonne médecine. [...] Oui il faut le rassurer mais c'est surtout le fondement de la relation médecin-patient une relation de confiance qu'il faut établir avec son patient et malgré qu'il aille sur internet, il a toujours confiance dans son médecin. »

MG3 : « on peut travailler en équipe. [...] Je pense que le meilleur conseil est de maintenir cette relation de confiance entre le médecin et le patient. »

MG6 : « C'est quand même assez rare, les gens en général sont assez facilement convaincu par les explications médicales qu'on leur fournit. [...] Le pilier primordial est d'avoir une véritable relation de confiance avec son patient. »

MG7 : « Ils ne viennent pas me voir avec ce côté négatif. Et j'arrive à ce constat d'une façon assez simple, c'est que s'il me remettait totalement en question, il ne viendrait pas me voir il n'aurait pas besoin de moi. Il ne viendrait pas alors me

voir et il me dénigrerait totalement [...] Je le vois comme une ouverture au dialogue et une véritable relation de confiance en travaillant ensemble. »

MG9 : « il est dans une relation de confiance et il s'est lié à vous »

MG16 : « Ils vont alors avoir plus confiance en toi que dans internet. »

MG23 : « Si le patient vient t'en parler c'est qu'il a confiance en toi. Il cherche un éclaircissement. »

3.2. Impact négatif

3.2.1. Internet devient une alternative. Pourquoi ?

3.2.1.1. Manque d'expérience du médecin

Certains médecins éprouvaient un sentiment de culpabilité, parce qu'ils ne savaient pas encore répondre aux exigences du patient. La capacité de gestion d'un patient internaute ne s'apprend pas pendant les études, mais au fil du temps. C'était en se confrontant avec des situations difficiles qu'ils apprenaient à les gérer. Lorsqu'un manque d'expérience ne permettait pas au médecin d'offrir une réponse satisfaisante au patient, celui-ci pouvait aller chercher une solution sur internet.

MG14 : « C'est difficile quand on est jeune médecin car on n'a pas encore l'ego surdimensionné. On n'a pas encore tout vu. »

MG23 : « Cela a pu me perturber au début de mon exercice mais pas maintenant. »

MG9 : « Il faut de la psychologie et ce qui manque souvent dans la formation des jeunes médecins. [...] certains médecins n'ont pas été préparés à parler avec des patients »

MG10 : « On m'avait prévenu pendant mes études. »

MG5 : « Ça me rappelle que quand j'étais un jeune médecin que le patient en savait souvent plus que moi avec par exemple des maladies chroniques comme le diabète ou l'insuffisance rénale. »

3.2.1.2. Manque de temps

Les consultations de nos jours devenaient de plus en plus courtes, plus rapides. Pour cela, les médecins accusaient la forte demande, mais aussi le prix bas de la consultation, qui les forçait à augmenter le nombre. Ces consultations "à la chaîne" avaient, évidemment, des répercussions sur le patient. Lorsque la

consultation médicale finissait sans répondre à ses questions, il pouvait demander une deuxième opinion sur internet.

MG11 : « La profession s'est dévalorisée, comme la consultation n'a pas augmentée, on augmente la fréquence à finir avec 6 ou 7 consultations par heure. [...] Quand tu vois une majorité de généralistes qui reçoivent en 5 min, comment le patient peut avoir confiance. Chez moi une consultation c'est minimum 25 à 30 min. »

MG15 : « Quand tu as le temps c'est facile mais le plus dure c'est quand tu n'as pas le temps. »

MG20 : « Peut-être parce que l'on n'en donne pas assez par manque de temps. »

MG5 : « Peut-être parce qu'on n'a pas le temps de leur parler et qu'on ne leur parle pas assez. »

3.2.1.3. Manque d'examen clinique de la part de certains médecins

Les médecins reprochaient un examen clinique incomplet ou même manquant lors de la consultation. C'était au médecin généraliste de faire un examen clinique adapté. Au-delà des algorithmes proposés par certains sites ou des cases à cocher dans une liste de symptômes, c'est la personne humaine, le médecin, qui est capable d'intégrer l'information recueillie.

MG11 : « Certains me disent qu'ils n'ont jamais dépassé la chaise. Qu'ils ne sont jamais allés sur la table d'examen. Qu'on ne les a jamais examinés. Qu'on n'a jamais mis un coup de stéthoscope. Qu'on n'a jamais pris leur tension. [...] Cela me rend fou que les patients on ne les examine plus. Combien de fois j'ai vu des gens aller vite. [...] Si par contre le patient reste sur sa chaise et qu'il te sort ces symptômes et que tu dis c'est ça. Tu n'es pas meilleur qu'internet. »

MG2 : « Par contre j'ai eu récemment un patient qui est venu pour un renouvellement d'ordonnance et chez qui je lui ai diagnostiqué un nodule thyroïdien donc on se retrouve avec un défaut de la télémédecine car sans l'examen clinique en réel j'aurais pu passer à côté. C'est un danger pour le retard diagnostic. »

MG5 : « Je peux les comprendre, certains ont vu des spécialistes qui ne les ont même pas examinés. »

3.2.1.4. Délai d'attente trop long

Le recours à Internet pouvait être expliqué par un manque de médecins et un délai d'attente trop long pour avoir une consultation. Le médecin devenait inaccessible, ce qui s'opposait à la demande du patient d'être vu rapidement et d'avoir vite une solution à son problème.

MG11 : « C'est difficile d'attendre quand tu n'as le rendez-vous que dans une semaine. »

MG13 : « Il ne faut pas leur en vouloir, souvent il y a des délais avant qu'il nous voie. »

MG18 : « Je pense qu'il y va également car ils n'ont pas de rendez-vous rapidement. »

MG14 : « Je n'ai pas de rendez-vous rapidement, je vais sur internet voir. »

MG16 : « Parfois c'est parce qu'ils ne peuvent pas voir leur médecin. »

MG3 : « Car c'est plus facile d'aller chercher les informations sur internet que de prendre rendez-vous avec le médecin [...] Ils ont le téléphone la tablette l'ordinateur et pour eux c'est plus pratique pour se rassurer rapidement. »

3.2.1.5. Le patient ne veut pas attendre

Les patients internautes sont incorporés pleinement dans l'ère de la vitesse. Ils n'ont pas le temps d'attendre, ils veulent être vus rapidement, vite pris en charge et traités.

MG11 : « On veut une réponse immédiate. »

MG21 : « Ils veulent être vite soigné, vite soulagé. [...] Parce qu'ils veulent tout savoir tout de suite et qu'ils ne supportent pas de ne pas savoir. »

MG3 : « on veut tous très rapidement. »

MG9 : « Parce que nous sommes dans un système que l'on veut tout, tout de suite. On va au McDo on veut son sandwich et tout de suite, on va faire ses courses et aller vite. C'est le "tout va vite" »

MG19 : « Parce que c'est plus rapide, il n'a pas envie d'attendre et il veut être rassuré de suite. »

3.2.1.6. Besoin d'une deuxième opinion

Les patients se servaient d'internet pour comparer ou vérifier les propos du médecin. Certains médecins acceptaient ce besoin d'une deuxième opinion, se

disant qu'ils ne détenaient pas la vérité absolue, d'autres le subissaient avec frustration.

MG19 : « C'est un moyen pour comparer le médecin avec internet. [...] On n'est pas la seule voie de vérité, ils ont accès à une multitude d'informations. »

MG6 : « On va dire que c'est plus facile d'accès mais on a toujours eu des patients qui étaient hyper renseignés qui savaient le traitement le diagnostic ce qui était le mieux pour eux. »

MG11 : « et qu'il me remette internet en avant en permanence. [...] Quelque fois c'est rigolo, le patient dit : « vous dites pareil que Internet, docteur », alors tu es au summum avec le top du top. [...] Ce qui peut me gêner, c'est s'il ne m'écoute pas et qu'il me remette internet en avant en permanence. »

MG12 : « Maintenant quand on se pose une question, on va sur internet. C'est pareil pour la santé. [...] On ne répare pas sa voiture sur internet. »

MG5 : « Des fois ils disent "c'est ce qu'on m'a dit", ils ne vont pas forcément que sur internet ils vont aussi voir d'autres médecins. »

3.2.1.7. Pudeur

Les médecins considéraient que les patients cherchaient sur internet par pudeur de parler de leur intimité à une personne qui n'est pas un intime. Ils essayaient de rester maîtres de leurs propres corps.

MG12 : « J'ai aussi une fois le patient qui vient avec un bouton mal placé et qui ne voulait pas me le montrer. Il préférerait me montrer des images sur internet. »

MG16 : « Dernièrement c'était un jeune patient de 30ans qui avait trouvé une boule au niveau de ces testicules qu'il avait depuis 2ans. Il est allé regarder sur internet et il a vu cancer. »

MG5 : « parfois il n'ose pas poser d'autres questions où certaines questions par exemple si c'est des hommes sur leur intimité. »

MG19 : « Je pense que l'inconnu l'angoisse et il essaye d'apprendre plus sur son propre corps. »

MG11 : « Parce que je ferais pareil. Tu vas leur donner des informations sur son propre corps. Tu vas mieux connaître leur corps qu'eux même. C'est vachement difficile pour eux. Alors en cherchant des informations sur internet, tu te réappropries ton propre corps et de ta santé. Tu redeviens propriétaire de ton corps. [...] Il va peut-être mal formuler ces symptômes mais il sera toujours plus

fidèle que nous. Une maman connaît mieux son enfant que moi. Même si j'ai un examen tout à fait normal mais qu'elle me dit qu'il est différent, alors là je vais creuser encore plus. [...] En tant que docteur tu vas lui dire ce qui se passe dans son propre corps. C'est super intime. [...] Il faut se rendre compte que le patient connaît mieux son corps que le docteur. »

3.2.1.8. Pour se rassurer

Les patients allaient sur internet pour se rassurer rapidement.

MG16 : « Quasiment à chaque fois c'est pour se rassurer car ils sont inquiets. »

MG18 : « Il y va essentiellement pour être rassurer. »

MG2 : « Essentiellement pour se rassurer et mieux apprendre sa pathologie. »

MG20 : « Parce qu'il a la trouille. »

MG3 : « Le patient utilise pour avoir moins peur et se rassurer très rapidement. C'est l'inconnu qui fait peur au patient. »

MG8 : « Il y va essentiellement pour se rassurer. »

MG14 : « Je pense qu'ils vont sur internet avant et je pense que même après pour se rassurer. »

3.2.2. Source de pression

La relation classique médecin-patient impliquait uniquement deux parties. L'intervention d'internet perturbe l'équilibre de ce duo, notamment celui du médecin.

3.2.2.1. Déstabilisation, frustration et agacement

Quand un patient vient en consultation avec des idées préconçues retrouvées sur Internet, cela devient déstabilisant pour le médecin. Cette perte d'équilibre peut prendre des nuances différentes pour chacun : angoisse, frustration, pression, étonnement, énervement, peur.

MG14 : « En tant que jeune médecin, c'est normal par moment d'être apeuré. »

MG15 : « C'est très intrusif. Tout dépend de la manière de comment le patient s'en sert [...] et c'est souvent très énervant. »

MG16 : « Oui c'est un peu perturbant [...] Quand il vient avec des diagnostics rares, on se sent perdu car on ne sait pas quoi répondre. »

MG18 : « C'est un peu déstabilisant »

MG3 : « J'avoue avoir été pris de court et je ne savais pas quoi répondre. J'étais très déstabilisé et je lui ai demandé si je pouvais prendre ses documents. »

MG4 : « Des fois oui car on peut se dire que on n'y avait pas pensé avant qu'il nous le propose. [...] Oui c'est embêtant et le plus énervant, »

MG17 : « C'est très patient dépendant mais en général cela me donne de l'angoisse. Cela me stresse un peu. Il va falloir que j'argumente et je me sens déstabilisé. »

MG10 : « Par contre de répéter dix fois la même chose cela peut devenir lassant. »

MG11 : « Parfois je ne suis pas d'accord avec internet et je suis obligé d'argumenter un peu plus. Parce que sinon c'est 'oui mais' 'oui mais'. »

MG21 : « Certains patients si on ne va pas dans leur sens, ils ne nous prennent pas au sérieux. Je n'ai pas ressenti d'avantages pour nous sur le fait qu'ils se soient renseigné avant la consultation. »

MG8 : « Ce n'est pas gênant mais quelque fois frustrant. »

MG2 : « Écoutez c'est très compliqué, on reçoit une très forte pression et c'est très dur à accepter. »

3.2.2.2. Peur d'être attaqué au niveau médico-légal

Les médecins avaient peur de rater un détail dans leur prise en charge, mais aussi d'être attaqué au niveau médico-légal pour cela ou pour avoir refusé certaines demandes de leurs patients.

MG16 : « On peut être embêter avec un procès par exemple. On se protège. »

MG18 : « On a peur de passer à côté et que le patient se retourne contre nous. »

MG19 : « Oui forcément. Je pense que s'il ne me l'avait pas dit je n'aurais pas fait certains examens. Je ne voudrais pas passer à côté de quelque chose et que le patient se retourne contre moi. »

MG2 : « Le plus important est de lui expliquer mais le souci derrière est au niveau médico-légal. [...] Ce que je ressens le plus est au niveau médico-légal car il y a une réassurance à avoir au niveau du patient. [...] Le souci à l'avenir sera au niveau des plaintes avec par exemple aux États-Unis ou le taux de plainte a augmenté chez les médecins »

3.2.3. Remise en question de son statut et de son savoir

3.2.3.1. Remise en question par le patient

Une grande majorité des médecins se sentait remis en question par leurs patients internautes.

MG10 : « Comme un inconvénient il peut y avoir des réticences quand on ne donne pas les examens qu'ils demandent et donc ils peuvent remettre en doute notre connaissance de la pathologie qu'ils pensent avoir. [...] Ils peuvent remettre en doute notre connaissance [...] Je pense que c'est bien d'être remis en question. »

MG1 : « Manipulé non. Remis en question oui. [...] peuvent me remettre en question. »

MG12 : « Mais c'est surtout des inconvénients. Ils pensent souvent savoir mieux que nous. Cela arrive que l'on se sente remise en question. »

MG15 : « Oui on se sent remis en question »

MG16 : « On se sent remis en question. »

MG17 : « Oui c'est même le problème principal. Je me sens remis en question sur mes connaissances. »

MG18 : « Oui on se sent remis en question quand le patient est vindicatif »

MG19 : « Parfois oui. On peut se sentir remis en question sur notre savoir et notre connaissance. »

MG2 : « On est très souvent remis en question et je me sens comme le couteau sur la gorge. [...] Oui on se sent remis en question. »

MG20 : « Tout le temps même sans internet. »

MG3 : « Quand nous sommes seuls c'est plutôt le patient qui nous remet en question. »

MG4 : « Des fois oui »

MG5 : « Parfois ils vont regarder les informations après la consultation pour vérifier ce que j'ai dit. Je peux les comprendre, certains ont vu des spécialistes qui ne les ont même pas examinés. »

MG6 : « Sur le moment ce n'est jamais très agréable d'être remis en question, de mettre notre parole en doute. [...] Oui il m'arrive d'être remis en question. [...] Pas de réelle remise en question totale du patient mais »

3.2.3.2. Dévalorisation, mauvaises reconnaissances, simple exécutant

Les médecins remarquaient une dévalorisation du rôle du médecin généraliste venant du patient. Ils ressentaient un manque de considération et une mauvaise

reconnaissance au vu de leurs études. Les médecins pouvaient se sentir exécutant plutôt que soignant, avec un rôle de prescripteur.

MG17 : « et je trouve la relation dénaturée si le patient valorise internet plutôt que nous. »

MG15 : « C'est comme si on insultait toutes nos années d'études. [...] Ce n'est pas très agréable et on a l'impression d'être un exécutant. »

MG11 : « Nous avons pour certaines personnes l'étiquette de soigneur de rhume et prescripteur d'arrêt de travail. [...] On se dévalorise »

MG6 : « C'est très désagréable au vu du nombre d'études qu'on a fait. »

MG8 : « Nous avons fait beaucoup d'études et finalement des fois le patient peut se dire que c'est facile la médecine. »

MG2 : « et c'est très dur à accepter. »

MG18 : « et on se sent uniquement prescripteur. »

3.2.3.3. Justification de ses choix

Les médecins se sentaient obligés de justifier leurs choix plus que d'habitude, pour convaincre leurs patients et conserver leur confiance. Ils devaient argumenter, prouver. On ne leur permettait plus de prendre le rôle de décideur.

MG1 : « Sinon si quelqu'un vient me dire : "il faut mettre ce traitement dans cette maladie", je suis obligé de me situer par rapport à ça. »

MG10 : « Quand on doit se justifier cela prend naturellement plus de temps. »

MG19 : « On a besoin de plus se justifier. »

MG4 : « si on peut démontrer rapidement leurs arguments »

MG5 : « Le plus souvent je leur dis que je leur propose tel traitement. Par exemple cela m'arrive de ne pas donner des médicaments et je leur explique pourquoi. Je leur explique les effets secondaires. »

MG6 : « Il y a des patients qui cèdent facilement et d'autres où il faut argumenter pendant longtemps pour donner la bonne prescription aux patients et non pas ce qu'il voulait au départ. [...] et d'argumenter ma prise en charge. [...] Dans notre spécialité il faut expliquer le mieux possible au patient. Il m'arrive d'argumenter plus longtemps quand le patient est réticent »

MG7 : « mais la plupart du temps mes arguments lui font comprendre rapidement que ce n'est pas bon. »

3.2.3.4. Perte de confiance

Lorsque les décisions du médecin ne correspondaient pas à ce qu'était dit sur internet, les patients perdaient confiance. Cela venait attaquer directement le principe de base d'une relation saine entre médecin et patient. Certains sujets suggéraient même que c'était justement ce manque de confiance qui les amenait à aller chercher des informations sur internet.

MG11 : « Un manque de confiance en nous. [...] De plus en plus de manque de confiance dans les médecins. [...] et le patient perd la confiance. [...] C'est ce manque de confiance qui amène le patient à aller sur internet. »

MG18 : « J'ai ressenti comme une baisse de confiance quand le patient est venu revendicatif avec ces examens complémentaires qu'il souhaitait faire. C'est quand même très rare. »

MG8 : « Des gens angoissés qui n'ont plus confiance dans leur médecin. [...] Il y a une perte de confiance quand Doctissimo revient. »

MG9 : « ils n'ont confiance en personne. »

MG3 : « On se sent remis en question et on doute de la confiance que nous accorde le patient. [...] Le plus difficile c'est si la confiance entre le patient et le médecin est atteinte. »

MG7 : « Parce que là on ne peut pas avancer ensemble. »

MG10 : « On peut le prendre facilement comme une violation de la relation médecin-patient. »

3.2.3.5. Désaccord

Les informations retrouvées sur internet pouvaient ne pas correspondre à l'opinion du médecin. Ce fait était parfois accepté par les médecins comme une simple différence d'opinion, un simple désaccord.

MG12 : « On peut se heurter gentiment. »

MG15 : « Malheureusement s'il y a une déviance ce n'est pas bon. »

MG17 : « Ils essayent de contrer. »

MG10 : « On peut se retrouver en contradiction si le diagnostic qu'il nous amène est faux. [...] Quand un journaliste parle de problème de santé avec une seule information, on est sûr que dans la semaine qui suit les patients viendront pour cette information-là. [...] On peut se retrouver en contradiction si le diagnostic qu'il nous amène est faux »

MG21 : « Selon les patients oui car certains ont du mal à décrocher. »

MG3 : « Le risque, c'est s'il n'y a plus de confiance entre le patient et le médecin et ils sont alors dans la confrontation et nous exposons alors deux idées différentes [...] Cela est plus difficile à rattraper. »

3.2.4. Sources floues et difficulté d'internet

3.2.4.1. Sources fausses et désinformation

Certains médecins se méfiaient de la fiabilité des sources d'information médicale sur internet. Dans leur vision, il y avait de tout sur internet : des sources fausses, biaisées, des informations qui submergent, sans filtre. Un des médecins résumait poétiquement disant « Internet est le grand spectacle ». Le problème avec tout cela était le fait que le patient non informé devenait un patient désinformé.

MG16 : « Dans les effets négatifs, les patients ont du mal à trouver la bonne source. [...] On peut tomber sur des choses fausses. »

MG17 : « Je leur demande toujours d'où cela vient. Souvent c'est des sites pas du tout fiables. »

MG23 : « Les patients se rendent compte que sur internet il n'y a pas la vérité absolue. »

MG4 : « Parce que c'est facile et accessible. [...] Il cherche souvent n'importe quoi. »

MG1 : « mais je sens que les gens sont manipulés »

MG11 : « Internet est pour moi le grand spectacle. »

MG9 : « Je pense que c'est à cause des informations qui nous arrivent et qui nous submergent. [...] non ce n'est pas bon car l'information est biaisée, trop sélective. »

MG6 : « Leur expliquer que sur internet tout n'est pas juste. [...] sur Internet il peut y avoir des choses fausses [...] Après pour moi, c'est un peu biaisé en nutrition et en esthétique car sur internet il y a beaucoup de choses fausses. Parfois c'est de véritables croyances qui sont fausses. »

MG8 : « Bien sûr il arrive que les informations soient fausses [...] La plupart du temps l'information n'est pas correcte. »

3.2.4.2. Mauvaise hiérarchisation de l'information par le patient et manque de discernement médical

Les sujets interviewés considéraient que les sources sur Internet manquaient d'hierarchisation de l'information médicale. Normalement, le bloc d'information offert par les sites devrait être soumis au discernement et sélection, selon une formation médicale. Sauf que, manquant de cette formation, les patients ne vont pas retenir l'essentiel. Au contraire, ils vont rester bloqués sur ce qui les choque le plus, ce qui les effraie le plus, sur le pire des scénarios.

MG11 : « Sur internet, tu saignes du nez tu es hémophile. [...] la seule chose que je leur explique c'est que internet c'est comme un bar " tu vas aux urgences et tu as un rhume, tu fais chier tout le monde et tu n'intéresses personne ; tu vas au bar, tout le monde s'intéresse à toi." [...] Et en fait non tu as pris une poutre sur la gueule. Internet n'a pas de discernement. »

MG9 : « C'est plus difficile pour nous. Le patient part dans la gravité, il a une information qui lui a fait peur, il vient avec son idée de cancer dans la tête alors que ce n'est pas grave. Il ne vient jamais dans la bénignité. »

MG12 : « Souvent ils ne vont pas sur les bons sites. Ils ne savent pas hiérarchisés l'information. Il faut leur réexpliquer patiemment »

MG13 : « En plus de ça j'ai remarqué qu'ils ont du mal à trouver la bonne information sur internet. Ils vont forcément trouver la chose la plus inquiétante. [...] Souvent cela ne va pas m'aider car c'est toujours des diagnostics tirés par les cheveux. Je ne pense pas que cela nous aide. »

MG3 : « Dans ce genre de forum on peut retrouver énormément d'émotionnelle et de subjectivité. [...] Par exemple Wikipédia nous avons accès à une connaissance gigantesque. Là où le danger c'est sur des forums là où les gens se disent médecin et conseillent à des patients en quête de connaissance des informations erronées. Il n'y a aucune hiérarchie de l'information, chaque utilisateur a le même poids et c'est souvent le pire que le patient retient. [...] Malgré cela on retrouve dans des forums des témoignages bizarres qui peuvent faire paniquer le patient inutilement. »

MG5 : « Le plus difficile pour eux c'est de bien choisir l'information. »

3.2.5. Effets néfastes sur le patient

3.2.5.1. Mauvaise compréhension et faux sentiment de maîtrise

Les médecins ont trouvé que les patients se renseignent sur internet sans savoir filtrer l'information. Les sites sont parfois trop spécialisés et les patients n'ont pas

la capacité de choisir l'information adéquate. Cette combinaison néfaste de facteurs amène à un défaut de compréhension mais aussi à un faux sentiment de maîtrise. Comparé au médecin, ces sources sont impersonnelles et sans jugement.

MG6 : « Le patient a l'impression de tout savoir. [...] Ce n'est jamais très agréable de recevoir un patient qui s'est déjà tout avant de vous avoir vu. [...] et parfois ils se sont mal informés et c'est très difficile de leur faire comprendre que ce que ce qu'il raconte c'est faux. »

MG10 : « Le souci principal est le diagnostic, le patient pense avoir le bon diagnostic ensuite il va regarder les examens qu'il a besoin et il demande ensuite ces examens-là »

MG12 : « Des fois ils arrivent avec des certitudes. [...] Souvent c'est trop compliqué sur internet et ils ne peuvent pas tout comprendre. »

MG17 : « Cela dépend des patients. Certains patients pensent tous savoir car ils sont allés sur internet et souvent la consultation se passe plus difficilement avec une forte argumentation. [...] J'ai eu une jeune femme qui était encore vierge et qui avait vu sur internet que l'on pouvait mettre un stérilet. Elle avait confondu avec le terme nullipare qui est de ne pas avoir eu d'enfant. Certains patients prennent des informations mais qui sont souvent déformées et mal comprises par le patient. »

MG19 : « Cela arrive souvent qu'il nous teste, on le sent quand ils viennent avec un diagnostic précis et ils veulent un certain type d'examen. [...] Puis le patient qui se pense suffisamment intelligent pour tout comprendre d'internet, il s'écoute un peu trop. Il va tester le médecin et voir nos réponses. »

MG20 : « Cela leur fait faussement croire qu'ils sont cultivés. [...] Pour moi, c'est plus compliqué, »

MG22 : « Très souvent c'est n'importe quoi. Pas qu'internet soit faux mais plutôt que le patient n'a pas fait lien avec son problème actuel. »

MG13 : « Le souci c'est que les sites médicaux que l'on regarde en tant que médecin est trop compliqué pour le patient. [...] Souvent ils ne comprendront rien dessus. »

MG23 : « Après il y a des sites trop spécialisés comme Antibiocllic. »

MG5 : « Le plus difficile pour eux c'est de bien choisir l'information. »

MG18 : « Je pense que cette triangulaire peut complexifier le travail du médecin. [...] Il y a un 3^{ème} acteur dans cette consultation qui peut aider ou non la consultation. »

MG11 : « Vous avez une liste de symptômes mais jamais il n'aura un examen. »

MG8 : « C'est très impersonnel. »

3.2.5.2. Autodiagnostic

Les médecins se retrouvaient face à des diagnostics pré établis, dans une certaine mesure, imposés par leurs patients, car ceux-ci ne remettaient pas en question la fiabilité des sources virtuelles. Mais ils ne prenaient pas en compte le fait qu'internet manquait de raisonnement clinique et de l'expérience d'un médecin.

MG12 : « Ils ont essayé de s'auto diagnostiquer. »

MG10 : « C'est sûr qu'avec Internet les gens arrivent avec des avis tranchés et définis que parfois on est obligé d'ajuster et de corriger. Il arrive souvent avec leur demande et leur diagnostic. Ils savent ce qu'ils ont et ils ont leur diagnostic. Ils savent comment les traiter, quel examen il faut faire. »

MG11 : « Ils s'auto diagnostic eux même au lieu de confier leur santé totalement au médecin. »

MG19 : « Après il y a ceux qui se cherchent des maladies. Ils veulent l'examen de référence. »

MG17 : « Oui, il arrive déjà impliquer, pour lui et il a déjà le diagnostic en tête mais parfois pas dans le bon sens. »

MG16 : « Parfois ils arrivent avec des diagnostics hyper poussés que même nous on n'a jamais vu »

3.2.5.3. Effet anxiogène

L'angoisse du patient et son besoin de comprendre son état de santé le mènent à faire des recherches sur des sites médicaux. Mais parfois cette recherche ne finit pas par le rassurer, ni lui apporter des réponses. Au contraire, cela peut générer plus de questions sans réponse, le plonger dans l'inconnu et automatiquement amplifier son angoisse.

MG10 : « Surtout dans le domaine de la santé qui est un domaine angoissant. »

MG11 : « Internet va forcément vous affoler. [...] Il pense avoir une information rassurante alors que cela les inquiète encore plus. »

MG16 : « Il a pris peur [...] Cela m'arrive assez souvent. Ils tombent souvent sur quelque chose de grave et ils arrivent tout affolés. »

MG18 : « Les patients ont peur. [...] Ce sont la plupart du temps des patients anxieux mais aussi des patients bien informés et cortiqués. [...] Plutôt des patients jeunes moins de 50ans. [...] Ils ont vu des informations sur les réseaux sociaux. »

MG22 : « Parce qu'ils sont stressés. »

MG6 : « les consultations étaient plus longues car les patients étaient très inquiets. »

MG8 : « Le principal souci est l'angoisse que cela peut générer. »

MG21 : « Souvent c'est de la peur qu'ils amènent avec internet. [...] Oui ils sont plus impliqués mais pas forcément dans le bon sens. Souvent ce n'est pas une information qui les aide mais plutôt qui les panique encore plus. [...] Souvent ils me disent docteur je suis allé sur internet pour me rassurer et finalement cela m'a stressé encore plus. [...] Certains veulent se rassurer mais souvent cela fait l'inverse. [...] Souvent ils vont voir par rapport au bilan biologique dès que c'est en gras. Il y a aussi des patients hypochondriaques qui vont chercher toutes le 5 minutes sur internet des informations. »

MG3 : « Oui il faut rassurer le patient car souvent il a vu le pire diagnostic sur internet. »

MG5 : « Je les ai souvent le lundi matin catastrophé car ils ont vue des informations sur internet le weekend. [...] Cela me rappelle une patiente cet après-midi qui m'a dit qu'elle n'était pas allée sur internet pour ne pas avoir peur. [...] Par exemple pour le vaccin Gardasil, les patientes étaient très inquiètes ».

MG12 : « Pour se rassurer en premier et souvent cela fait l'effet inverse. [...] Je ne suis pas sûr que cela soit positif pour le patient. Il veut se rassurer et cela fait tout le contraire. [...] Je les trouve souvent plus inquiet que des patients lambda. [...] C'est le genre de patient qui arrive avec un bouton et qui est allé chercher sur Google images. »

MG13 : « Le dernier souvenir que j'ai c'est « Docteur j'ai regardé sur internet et je n'aurais pas car j'ai vu des trucs très grave. [...] Pourtant la plupart du temps cela n'est pas grave. J'ai remarqué que c'est plus fréquemment des problèmes cutanés. »

MG19 : « Cela arrive souvent. C'était un patient qui venait avec mal de tête et fièvre. Et qui me disait j'ai fait la bêtise d'aller sur internet. Cela m'a fait peur. Il pensait à la méningite. [...] 2 types, il y a le super angoissé qui finalement cela lui fait l'effet contraire donc il vient nous voir rapidement. »

MG20 : « Il le fait pour se rassurer mais cela fait souvent l'effet inverse. »

MG9 : « On ne peut pas encore parler d'hypocondriaque car on ne les connaît pas assez. Ce sont des patients qui sont anxieux, ils n'ont confiance en personne. [...] Je vais être un peu misogyne c'est souvent des femmes souvent des gens angoissés et anxieux. [...] Doctissimo, ils vont sur Google avec des mots clés. »

3.2.6. Consultation chronophage

Pour la grande majorité des médecins interviewés, la consultation avec les patients internautes était plus longue et chronophage. Certains trouvaient que ce temps supplémentaire n'était pas forcément du temps perdu inutilement.

MG10 : « Quand on doit se justifier cela prend naturellement plus de temps. »

MG12 : « et cela peut prendre du temps. »

MG13 : « C'est légèrement plus long qu'une consultation lambda. [...] Cela nous fait généralement perdre du temps »

MG17 : « Oui je vais passer plus de temps pour expliquer au patient. [...] En général plus longue. »

MG18 : « Oui le temps est plus long mais pas forcément inutile et rébarbatif. »

MG19 : « Un peu plus long. »

MG2 : « Oui la consultation est plus longue mais ce n'est pas une consultation fois deux. On va plutôt rajouter cinq bonnes minutes par rapport à ce qu'il a pu lire sur internet. »

MG20 : « Pour moi cela fait perdre du temps pour retrouver un fil conducteur. [...] C'est plus long car il faut réexpliquer. »

MG21 : « C'est un plus long mais pas forcément beaucoup. »

MG3 : « et on aura tout de suite un temps de consultation beaucoup plus long. [...] et cela prend plus de temps. »

MG5 : « Je me rends compte que je discute longtemps avec eux. »

MG6 : « il faut argumenter pendant longtemps. [...] La consultation est plus longue et plus pénible. [...] les consultations étaient plus longues car les patients étaient très inquiets. [...] plus longtemps »

MG7 : « soit on perd du temps »

MG8 : « l'on perde du temps en explication. [...] Ce genre de patient est certes plus chronophage [...] Bien sûr que cela prend plus de temps pour nous d'expliquer et de contredire les idées reçues. »

MG15 : « C'est forcément plus chronophage, cela dépend qui te demande. La relation entre deux personnes est multifactorielle. »

MG4 : « Oui c'est embêtant et le plus énervant, cela dépend si on peut démontrer rapidement leurs arguments cela va vite mais certains sont les pro d'internet et ils ont toujours réponse à tout et leur argumentaire est très bien construit et c'est plus difficile de leur faire entendre raison. »

3.2.7. Les soins deviennent un objet de consommation

Les patients internautes exigent des prescriptions comme un objet de consommation. Sous leurs pressions, les médecins se sentaient parfois obligés de faire ce qu'on leur demandait, tel des prestataires de services.

MG15 : « Ils pensent que le médecin c'est à la carte et que c'est simple. [...] C'est comme si moi j'allais chez un menuisier et que tu lui expliques son métier. Je vais lui conseiller la cheville qu'il faut pour tel mur [...] Quelque fois c'est bien et parfois pas bien. Cela dépend du profil du patient et de ce qu'il te demande. Cela dépend s'ils viennent faire leurs courses. »

MG18 : « On est sur une consommation de soins. [...] Avec internet, on peut se sentir comme si on allait faire les courses. On a fait notre liste à l'avance et on va récupérer son ordonnance. [...] qu'il est en forte demande de prescriptions. [...] Ma prise en charge peut changer, je l'avoue car quelque fois on me force un peu la main sur des prescriptions d'examens complémentaires. »

MG3 : « Comme si on était au marché. On demande son examen de santé. [...] Je pense que nous vivons dans une société de consommation et que le soin devient une consommation comme une autre [...] Certains types de patients nous manipule, ce sont ceux qui se sont déjà renseigné sur Internet et qui veulent avoir l'examen qu'ils ont lu sur internet. »

MG4 : « Maintenant le patient vient voir le médecin comme s'il allait à Intermarché. Il vient consommer de la médecine et il se renseigne avant pour savoir ce qu'il faut. [...] Par exemple justement la patiente avant vous a recherché

des informations sur Internet car elle était en burn out. Elle cherchait pour la rupture conventionnelle comment se débrouiller pour rentrer dans les critères. »

MG14 : « Parce que l'on fait ces courses sur internet. »

MG6 : « je pense que maintenant comme avant quand on faisait une recherche pour un maçon ou pour un plombier, on prend des renseignements sur le médecin maintenant. [...] On peut avoir l'impression qu'il est au supermarché et qu'on vend des tomates ou des concombres. [...] Le patient peut tout à fait aller voir un autre médecin qui peut-être lui fera la prescription qu'il demande. »

MG8 : « Les gens vont sur internet comme ils iraient pour tout et n'importe quoi. [...] On consomme de la santé comme on irait faire son drive. »

MG16 : « Le plus gênant c'est quand ils sont en demande de tel examen qu'ils ont vu et que pour nous, il n'y a pas d'indication. On se sent obligé et ils veulent être rassurés. [...] On leur fait parfois pour leur faire plaisir. [...] Si le patient est très inquiet et que je n'arrive pas à le rassurer, il m'arrive de prescrire un examen complémentaire que je n'aurais pas prescrit s'il ne me l'avait pas proposé. »

MG1 : « C'était un patient qui venait chercher un traitement homéopathique. Et qui voulait une certaine dose d'homéopathie qu'il avait vu sur internet. »

3.3. Impact neutre

3.3.1. Peu de patients internautes

Quelques médecins trouvaient qu'ils n'avaient pas de patients internautes ou qu'ils en avaient très peu. Pour eux, il n'y avait pas des changements car les patients s'étaient toujours renseignés auprès de sources tierces, que ça soit des connaissances ou la presse écrite.

MG13 : « Après je pense qu'il y en a beaucoup qui ne me le disent pas. »

MG14 : « Mais c'est rarissime qu'ils m'en parlent, peut-être parce qu'ils savent que je vais rigoler. »

MG7 : « Je ne me rends pas vraiment compte si les patients internautes viennent me voir mais peut-être qu'après notre entretien je vais faire plus attention à ça. [...] Dans mon cas en particulier je ne considère pas que ma patientèle soit très internaute. [...] Je n'en ai pas tant que ça des patients internautes. [...] J'extrapole cela encore plus loin, encore plus loin qu'Internet, c'est la même chose que mon cousin m'a dit quelque chose. »

MG8 : « Il est rare que le patient nous dise qu'il est allé sur internet avant la consultation. [...] Internet est au même titre que mon voisin ou "on m'a dit". »

MG11 : « Avant il n'y avait pas internet. C'est la concierge qui faisait ce rôle-là. »

MG6 : « les patients allaient avant dans les magazines, »

MG20 : « C'est anecdotique. De temps en temps il cite internet. »

3.3.2. Pas de changement dans la pratique médicale

Une partie des médecins ne remarquaient pas de changement dans leur pratique quotidienne. L'intervention d'internet ne changeait ni leur prise en charge, ni le temps accordé pour une consultation, ni leurs connaissances médicales.

MG12 : « Non pas vraiment. [...] Pareil. »

MG1 : « Je ne me sens pas personnellement manipulé »

MG10 : « Globalement non, pas plus que le patient soit informé ou pas. »

MG13 : « Je ne pense pas. Il faudrait demander au patient. [...] Je n'ai pas de souvenir de problème avec des patients liés à ça. Je ne pense pas que cela ait changé la relation médecin patient. [...] Je n'ai pas beaucoup de recul, je n'ai que 5 ans de cabinet. Pour moi sur les 5 ans de cabinet cela n'a pas changé. [...] Pour nous cela ne va pas changer grand-chose, c'est surtout pour le patient que cela va soit le rassurer soit l'inquiéter. »

MG14 : « En général cela n'a rien changé. [...] J'ai l'impression que non. [...] Pas de conflits. Pas de changement pour moi. [...] J'en n'ai pas vraiment. Cela ne me fait pas perdre de temps car mes consultations sont longues d'habitude. [...] Cela ne change pas. L'incident ne dure pas plus de 2 à 3 min. »

MG2 : « La prise en charge ne change pas plus. [...] Cela m'arrive toutes les semaines de recevoir ce genre de patients, je suis de la vieille école et je ne connais pas beaucoup Internet. »

MG20 : « Non pour moi pas de changement de prise en charge sur les traitements en tout cas. »

MG21 : « Non je ne pense pas que cela influence ma consultation ni ma prise en charge. [...] Non pas spécialement, je n'utilise pas les informations médicales d'internet. »

MG22 : « Non cela ne change pas ma prise en charge ni ma consultation. [...] Le temps est identique. [...] Je ne trouve pas d'avantages avec internet. »

MG4 : « Pas beaucoup je dirais. [...] Ce n'est pas parce qu'ils ont vu une information sur internet que cela va influencer ma prise en charge. [...] Non car cela ne change pas mon diagnostic. »

MG6 : « La plupart du temps ça se passe bien et on ne leur en tient pas rigueur. [...] Non je n'ai pas remarqué de changement depuis l'arrivée d'Internet. »

MG7 : « Je ne vois pas cela comme quelque chose qui va intervenir sur mon boulot, sur ma décision, sur ma prise en charge. Je ne suis pas du tout dirigiste. [...] Mais je ne vis jamais cette situation-là. [...] Non pas à ma connaissance. »

MG8 : « Il n'y a pas plus de conflit avec internet. S'il y a conflit, il arriverait même sans Internet. »

MG9 : « Ça n'a rien changé dans ma pratique. [...] Non ce n'est pas plus long il faut aller à l'essentiel, on ne va pas lui faire un cours de médecine en un quart d'heure. »

MG11 : « Identique. »

MG16 : « C'est pareil. »

MG23 : « Le temps est pratiquement identique car c'est de l'information médicale. »

MG19 : « La plupart du temps on connaît déjà ces informations. »

4. Stratégies du médecin

4.1. Aller dans le même sens

4.1.1. Accompagnement

4.1.1.1. Suivre le patient dans sa démarche

Certains médecins affirmaient qu'il fallait suivre la direction indiquée par le patient et l'accompagner dans sa démarche. Compléter par un examen clinique et une discussion permettait d'apporter de la lumière sur le sujet et construire ensemble.

MG18 : « Si les informations sont justes, je vais dans leur sens et je les utilise pour les renseigner. »

MG20 : « Si cela me convient je vais dans leur sens, »

MG23 : « et j'estime que si les informations vont dans le bon sens, je suis son parcours. [...] Si je pense que c'est cohérent je vais dans leur sens. »

MG10 : « Il faut d'abord aller dans leur sens. J'entends votre demande je vous écoute mais venez je vous examine et une fois examiné on en discute. [...] Si c'est validé je vais dans son sens. »

MG19 : « Si les symptômes peuvent coller avec la piste proposée pourquoi pas aller explorer. »

MG5 : « Jamais être contre dans ce qu'ils vous disent. »

MG7 : « C'est pour moi une façon de discuter avec le patient. C'est quelque chose de positif et si je suis en accord avec le patient de ce qu'il me raconte je le suis dans sa démarche. Je vais prescrire ce qui me propose si je suis en accord avec ce qu'il dit. [...] Je discute avec lui et surtout je construis avec lui. [...] On travaille en équipe. [...] Encore une fois si je suis en accord avec lui on attaque un travail ensemble et on collabore. [...] »

4.1.1.2. Encourager et féliciter

Les médecins pouvaient encourager et féliciter leurs patients à se renseigner.

MG18 : « J'encourage à se renseigner »

MG1 : « Je lui dirai en premier de ne pas rejeter ça. [...] Il m'arrive souvent de féliciter mes patients car ce sont des informations qui sont allés chercher sur internet et qui sont bien. »

MG23 : « Il y a toujours du bon à en tirer et une orientation à prendre. »

MG5 : « Je suis content qu'il aille sur internet. [...] Je leur dis que c'est bien qui se soit renseigné »

MG7 : « Cela pourrait être un point négatif pour certains mais pour moi pas du tout. »

4.1.1.3. Écoute et ouverture d'esprit

La majorité des médecins considérait que l'attitude à adopter était d'écouter et de discuter. Ils se montraient ouvert d'esprit, pour pas que le patient se referme sur lui-même. Pour un des sujets, cette attitude représentait carrément un paradigme, il affirmait que « le maître mot de la médecine générale est d'écouter le patient ».

MG1 : « Avec bienveillance, aucun problème cela ne me dérange pas. Il faut faire avec de nos jours »

MG10 : « j'entends votre demande je vous écoute »

MG15 : « Je lui dirai qu'en premier c'est de commencer à écouter. »

MG13 : « Il faut écouter les patients. [...] Il ne faut pas être punitif et leur reprocher d'être allé sur internet car ils iront de toute façon. »

MG14 : « Je me mets à leur écoute. Cela ne peut qu'apporter. »

MG16 : « En premier je les écoute »

MG19 : « Il faut les écouter. »

MG2 : « il faut être ouvert à cette idée. »

MG21 : « Après je reste ouvert d'esprit et je ne suis pas contre le fait qu'ils aillent sur internet. »

MG22 : « Il faut les écouter. [...] Je les écoute et je leur explique ce que moi je pense de leur pathologie sans me soucier de ce qu'ils ont vu. »

MG23 : « Je l'écoute attentivement je prends en considération ce qu'il me dit [...] Après les patients s'adaptent à moi, ils ne vont pas me remettre en question d'emblée. Je suis toujours ouvert d'esprit. [...] Le maître mot de la médecine générale est d'écouter le patient. [...] Je suis attentif à son discours. [...] D'être attentif à sa demande et ne pas hésiter à traiter l'information qu'il a eu avec lui. [...] Le meilleur est de discuter avec eux, de ne pas être brutal et d'être dans l'échange. [...] Ne pas être brutal et surtout l'écouter. [...] Ne pas dire, moi internet je n'écoute pas. »

MG3 : « Je pense qu'il faut être ouvert d'esprit et il ne faut pas être buté si un patient amène une information qu'on ne savait pas. »

MG7 : « Je suis ouvert à tous, [...] J'essaie d'abord de les comprendre. [...] Je leur fais comprendre que je ne suis pas fermé à cet outil. »

MG8 : « Il faut être dans une mesure d'écoute et ne pas se braquer. »

4.1.1.4. Réassurer

Certains médecins affirmaient que la finalité de la consultation avec un patient internaute devrait être la réassurance de celui-ci. Il vient mené par ses angoisses et ses inquiétudes, il devrait repartir rassurer.

MG13 : « J'ai plutôt une attitude apaisante, bienveillante et je rassure leurs craintes. [...] Il faut les rassurer de ce qu'ils ont vu et que nous nous pouvons trouver ce qu'ils ont. »

MG14 : « Il faut qu'il sorte du boulot en étant rassuré et la banane. »

MG15 : « On essaye de les rassurer. Qu'il ne faut pas imaginer le pire. »

MG19 : « Quand c'est comme ça c'est assez facile car ils ont besoin d'être rassuré. [...] Sur les gros angoissés ça va, ils viennent se rassurer donc il n'y pas de réel problème. »

MG3 : « Oui il faut rassurer le patient car souvent il a vu le pire diagnostic sur internet. »

MG9 : « Ça dépend de l'information que vous lui avez refilée. Si vous l'avez rassuré vous êtes tranquille. Il va s'arrêter de chercher et ne pas aller voir dix médecins par la suite et il ne finira pas hypocondriaque. [...] C'est votre discours qui les rassure et pas de la technique »

MG10 : « Du moment qu'on arrive à cibler l'angoisse avec le problème qui les embête, on peut plus facilement les rassurer. »

MG2 : « Il faut rassurer son patient mais que "chacun son métier" le patient a le droit d'aller sur internet mais le médecin reste garant du savoir et il doit guider son patient. »

MG5 : « Ils ont besoin d'être rassuré. »

MG6 : « Je ne vais pas beaucoup sur les réseaux sociaux et je n'en ai pas mais je sais que des patients viennent me voir car ils ont vu des informations sur les réseaux sociaux. »

MG18 : « La dernière consultation traitant d'un patient internaute était une patiente très anxieuse qui venait pour être rassuré. »

4.1.1.5. Le médecin pédagogue

Certains médecins n'hésitaient pas à prendre un rôle d'éducateur ou de pédagogue, pour que le patient puisse comprendre l'information lue sur internet.

MG8 : « C'était très intéressant de faire de l'éducation à mon patient. »

MG17 : « J'aime discuter avec le patient et avoir un rôle pédagogique. »

MG3 : « J'avais un patient atteint d'un myélome multiple osseux à qui j'ai conseillé l'item pour lui faire comprendre pourquoi on avait fait cet examen, quel était le traitement et qu'est-ce qu'on attendait, les symptômes, les complications et cetera. »

MG14 : « J'en ai même eu carrément qui arrive avec la clé USB. Ils chargent de la documentation pour m'en parler. Mais c'est rare. »

4.1.1.6. Conseiller des sources fiables

Certains sites étaient conseillés par les médecins pour leurs patients. Par exemple, on retrouvait : LeCrat, l'HAS, Ameli ou des sites d'association de patients. Il arrivait que certains médecins accompagnent les patients sur des sites spécifiques pendant la consultation. Les médecins préféraient conseiller des sources précises pour que les informations soient fiables. Le site qui revenait le plus dans la conversation était LeCrat.

MG13 : « Quelques associations comme Alzheimer France. »

MG1 : « Oui cela m'arrive de leur donner des noms de sites. [...] Il ne faut pas qu'ils aillent n'importe où. Je préfère leur donner mes sources pour ne pas qu'ils aillent sur des forums quelconques. »

MG10 : « Je vais leur montrer que certains sites sont mieux validés que d'autres. [...] L'HAS, les collèges des enseignants. »

MG14 : « Parfois c'est l'inverse, c'est moi qui leur conseille d'aller voir sur internet car ils sont intrigués de quelque chose »

MG16 : « Parfois je leur donne des conseils sur des sites que je connais car je connais la source. Il vaut mieux que le site vienne du médecin car il a de bonnes sources. [...] Padiadoc, Gestaclic, LeCrat, Institut Pasteur pour les vaccins. »

MG17 : « Je leur conseille des sites qui citent ces sources. Parfois je montre des recommandations pendant la consultation à des patients qui sont bornés. [...] LeCrat c'est le seul site »

MG18 : « Je leur conseille bien sur LeCrat pour les femmes enceintes. Et d'aller voir sur Ameli. Il y a quelques fiches intéressantes. [...] J'aime beaucoup aussi pendant la consultation leur montrer des images sur l'ordinateur pour leur expliquer. »

MG3 : « Je leur conseille par exemple LeCrat pour toutes les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. Il référence les médicaments qui sont tolérés pendant la grossesse. Je leur conseille également l'HAS ou le site Ameli pour les quelques fiches résumé pour les patients. Je leur conseille également les fiches d'internat sur leurs pathologies, je m'explique j'ai remarqué que les fiches résumées des ECN sont précises avec de bonnes sources qui permet de mieux comprendre sur les maladies chroniques par exemple le diabète. »

MG21 : « Le seul site que je conseille c'est LeCrat pour les femmes enceintes. »

MG23 : « Je leur conseille LeCrat pour les femmes enceintes. »

MG4 : « Non pas trop mais par exemple pour les femmes enceintes j'utilise LeCrat. Je leur conseille certains sites mais très particulier. »

MG5 : « Avant il y avait un logo HAS santé et je leur montre ce logo et s'il le trouve sur le site je peux leur dire qu'ils ont confiance dans ce site. [...] J'essaie de les orienter un petit peu avec par exemple pour les femmes enceintes je leur conseille LeCrat [...] Je n'en ai pas d'autre mais pour moi par exemple j'utilise Antibioclic. [...] Cela m'arrive même d'aller avec eux, pendant qu'ils sont avec moi en consultation. Je vais avec eux sur le site où ils sont allés et je leur explique ce qu'ils ont vu pendant la consultation. »

MG6 : « Je leur conseille des sites de recettes ou comment gérer son diabète. [...] Quand ça dure très longtemps la consultation je leur donne des sites pour accélérer la consultation et qu'ils puissent faire leurs propres recherches. »

MG7 : « Je pense que cela a pu m'arriver. Je n'ai pas d'exemple en tête mais il m'est arrivé de conseiller des articles pour des pathologies en particulier »

MG8 : « Pour les femmes enceintes j'ai LeCrat »

MG9 : « Non pas du tout, le seul que j'utilise c'est LeCrat. Je l'utilise à tous les femmes enceintes. »

4.1.1.7. Approche centrée sur l'intérêt du patient

L'intérêt du patient devait rester leur priorité, considéraient quelques médecins. Ils devaient toujours le garder au centre de leurs objectifs.

MG14 : « Le plus important est l'intérêt pour le patient. Qu'est-ce que le patient a besoin pour qu'il aille mieux. [...] Il faut travailler dans l'intérêt du patient. [...] on garde en tête que le plus important est l'intérêt du patient. [...] Le point essentiel c'est le patient. [...] Moi en tant que médecin je passe après. Je laisse mon égo de côté et comprendre ce qu'il a vu pour ensuite construire à partir de ça. Je pense que c'est le meilleur moyen de se stresser. De savoir ce qu'il va penser de moi. On s'en fout, [...] Il faut savoir s'oublier. [...] L'important est le bien être de mes semblables, c'est pour cela qu'on est médecin. »

MG23 : « Je remarque également qu'il ne se trompe que rarement, il s'apporte souvent quelque chose de cohérent, j'exploite l'information pour aller dans le sens de son autonomie et de sa santé. »

MG11 : « Par contre la confiance ça se gagne et par ton sérieux. »

MG7 : « De savoir qu'on est là pour les aider et qu'ils comprennent notre cheminement. Même si on fait des erreurs il faut discuter avec eux pour qu'ils comprennent comment on a réfléchi. Que l'on travaille pour eux et même si on se trompe, s'ils comprennent qu'on a travaillé pour eux tout se calme. »

MG17 : « Ne pas lui mentir et lui faire à l'envers. »

4.1.2. Adaptation

4.1.2.1. Consultation sur mesure

Une partie des médecins n'avaient pas une stratégie à appliquer pour tous les patients internautes, ils s'adaptait au cas par cas en fonction de la personnalité du patient, de son besoin d'être rassuré et de l'importance du problème abordé.

MG15 : « Cela dépend du profil du patient et de ce qu'il te demande. [...] C'est dur comme question. Cela dépend de la personnalité du patient, de l'humeur du moment et du type de pathologie. »

MG18 : « Cela va dépendre de la personnalité du patient. [...] Elle influe sur la manière de voir la relation entre le médecin et son patient. »

MG21 : « Cela dépend aussi de leur personnalité, certains ont l'esprit clair et posé. Ils peuvent chercher et être performant dans leur prise en charge. D'autres seront par contre totalement perdu et dépassé par les événements. [...] Je leur explique que chaque cas est différent. [...] Mon argument principal est que chaque personne est unique et que chaque situation est unique. Les circonstances ne sont jamais les mêmes. Les témoignages de certains sur internet ne sont pas applicables à tout le monde. »

MG23 : « Je ne pense pas à mon âge, mais cela dépend des patientèles. »

MG20 : « Cela dépend des patients, certains ont besoin d'être rassuré et d'autre moins, il faut les emmerder. [...] Cela m'influence car je vais m'adapter à ce premier diagnostic. »

MG9 : « En moyenne je fais 15 consultations par demi-journée, passer du vieillard au petit enfant on doit s'adapter. [...] Il ne faut pas être technique. Si vous êtes trop technique vous êtes mort. Il faut être cru et humain. Il faut s'adapter avec leur mot à eux »

MG13 : « Je leur explique si cela est adapté à leur cas ou pas. Je fais ensuite ma consultation habituelle et cela ne change pas sur le temps de consultation. »

4.1.2.2. Comprendre pour pouvoir construire

Parfois les patients ne dévoilaient pas facilement pourquoi ils recherchaient des informations sur internet. Le but de certains médecins était de trouver la réponse à cette question, de comprendre le motif caché pour que l'approche soit adaptée et constructive.

MG14 : « comprendre ce qu'il a vu pour ensuite construire à partir de ça. »

MG7 : « Pour moi c'est véritablement un début de phrase et avec le patient je construis le reste de la phrase. [...] J'essaie d'être constructif avec eux. Je ne m'oppose jamais je trouve cela contre-productif. [...] J'essaie de rester proche d'eux »

MG5 : « Ils peuvent regarder mais il faut qu'il m'en parle ensuite et on en discute. [...] Je leur dis de faire attention car il y a des informations fausses mais je ne leur dis pas de ne pas y aller du tout mais d'y aller et ensuite d'en discuter ensemble. »

MG3 : « On a ensuite refait le point ensemble avec le patient. [...] Cela peut influencer ma prise en charge si l'information que le patient a cherchée est en accord avec mes connaissances actuelles par exemple s'il cite un collègue national ou une recommandation de l'HAS ou LeCrat ou Orphanet. »

MG9 : « Il faut le comprendre et il faut se mettre à sa place. [...] Il n'a pas notre savoir et pas notre réflexion sur le sujet. »

MG10 : « En premier il faut identifier la raison pour laquelle il vient. Il faut identifier la source de l'angoisse pour ensuite discriminer ce qui est important ou pas. [...] S'ils viennent nous en parler c'est qu'il y a une angoisse derrière. [...] Bien identifier la raison et pourquoi il demande. »

MG2 : « Bien identifier la raison et pourquoi il demande. »

4.1.2.3. Suivre l'évolution des temps modernes

La technologie fait partie de notre vie de tous les jours, internet est devenu omniprésent, indispensable et accessible à tous, à tout moment. C'est la normalité actuelle et elle est acceptée par les médecins comme telle.

MG17 : « On s'adapte [...] C'est la société actuelle de vouloir tout contrôler. »

MG11 : « Après c'est aussi une question de modernité. »

MG13 : « C'est la tendance actuelle. [...] car ils iront de toute façon. »

MG15 : « Parce que c'est dans l'air du temps. »

MG8 : « puis je me suis adapté. [...] Il faut s'y faire et s'adapter. [...] C'est dans l'air du temps. [...] C'est dans notre monde et il faut l'accepter. »

MG9 : « Je pense qu'il faut s'adapter tout le temps. Les choses sont faites pour changer et c'est à nous aussi de nous adapter. [...] On doit s'adapter à la modernité que cela soit Google ou Doctissimo [...] S'il y a un mot à noter c'est l'adaptation. Si on ne s'adapte pas dans la médecine on est mort [...] Dans tous les domaines que cela soit dans la technique ou la technologie où dans le rapport avec le patient que cela soit dans la parole toujours s'adapter »

MG1 : « Il faut comprendre que cela existe il faut en tenir compte, s'adapter et être dans un état d'esprit critique mais critique positive. [...] Je suis obligé d'en tenir compte et d'adapter mon discours au phénomène internet. [...] Avec bienveillance, aucun problème cela ne me dérange pas. Il faut faire avec de nos jours [...] Oui ma prise en charge a évolué depuis Internet. Cela fait 30 ans que je suis installé et elle a bien évolué. Nous sommes obligés si nous voulons être dans le coup. [...] Il faut faire avec de nos jours [...] Parce que cela se fait naturellement. On vit dans ce monde-là. »

MG3 : « La médecine dis à 20 ans était différente de celle de maintenant. »

MG10 : « Les informations vont tellement vite. [...] Je ne suis pas assez installé depuis suffisamment de temps. Je suis jeune et j'ai toujours vécu avec Internet. [...] Parce que c'est comme ça. C'est dans l'air du temps. »

MG16 : « C'est une question de facilité et de rapidité. [...] Il y a des maladies aussi à la mode comme la maladie de Lyme ou la maladie cœliaque. »

MG6 : « C'est dans l'air du temps, »

MG12 : « Je pense que de plus en plus vous allez vous heurter à ça. [...] Ceux sont des choses qu'il faut accepter. Ils le font de toute façon. »

MG2 : « Il est vrai qu'il y a de plus en plus de cas de patient internaute. [...] Cela m'arrive toutes les semaines de recevoir ce genre de patients, je suis de la vieille école et je ne connais pas beaucoup Internet. [...] Toutes les semaines j'ai un patient qui arrive avec des questions alambiquées. »

MG21 : « Y en a plein, et cela m'arrive souvent. »

MG23 : « C'est un problème sociétal. »

4.1.2.4. Discuter

Le plus important pour une partie des médecins était de discuter avec les patients et de clarifier.

MG21 : « *Je dialogue avec eux.* »

MG6 : « *En règle générale il m'arrive de beaucoup parler avec le patient* »

MG7 : « *Je parle beaucoup avec mes patients [...] De discuter avec eux et de parler avec eux. [...] Le plus important est de parler et de discuter.* »

MG5 : « *Le plus important c'est qu'on en discute [...] Il faut discuter avec eux* »

MG8 : « *et qu'on en discute après* »

4.1.2.5. Gagner du temps non médical

Pour un des médecins, il s'adaptait en gagnant du temps non médical.

MG1 : « *Non car je suis un obsessionnel de mon temps de consultation. Je me suis adapté en préparant mes ordonnances à l'avance et gagner du temps.* »

4.1.2.6. Traiter avec humour

Pour quelques médecins, l'humour était une façon d'éloigner la tension et l'inquiétude du patient. Il fallait prendre du recul et traiter les demandes des patients internautes avec légèreté.

MG22 : « *Bonjour docteur j'ai ça. Je leur demande comment ils savent. Et ils me répondent que j'ai vu ça sur internet. Je leur réponds que comme internet a fait le diagnostic, internet va vous faire aussi l'ordonnance. Après on rit. [...] Comme je tourne tout en dérision, il n'y a pas trop de conséquence. J'utilise beaucoup l'humour. [...] Je prends du recul et j'utilise l'humour.* »

MG14 : « *Y en a carrément qu'ils ont imprimés et souvent je rigole.* »

4.1.2.7. La consultation comme un jeu de rôle

Quelques médecins ont comparé la consultation avec une pièce de théâtre. Le médecin doit mettre un nouveau costume pour chaque acteur qui rentre en scène et adapter les répliques de son script. Cela soutient le principe de la consultation sur mesure, énoncé précédemment.

MG18 : « *Il pourrait être intéressant de faire des jeux de rôles comme du théâtre.* »

MG23 : « *Cela pourrait être amusant de le faire sous forme de mise en situation ou de mise en scène avec des questions pièges.* »

MG9 : « Je conseillerais qu'il faut faire du théâtre qu'il faudrait l'intégrer dans les études de médecine. [...] Ressortir le Médecin malgré lui de Molière [...] la consultation est une pièce de théâtre et il faut jouer des choses. [...] C'est un échange la consultation. [...] il faut mettre un nouveau costume [...] Le maître mot c'est adaptation et théâtre. [...] Les mots ont beaucoup de pouvoir et si vous maîtrisez les mots vous êtes le maître. On est maître du mot que l'on retient et l'esclave du mot que l'on a prononcé »

4.1.3. Explication

4.1.3.1. Expliquer le rôle du clinicien

Pour des médecins, leurs stratégies étaient basées sur l'explication. Ils trouvaient nécessaire d'expliquer au patient quel était leur rôle en tant que clinicien. Internet n'était pas capable de faire un examen clinique et de juger, seul le médecin avait cette capacité.

MG14 : « Le souci avec internet c'est qu'ils ont vu la théorie, moi je leur montre la pratique. »

MG15 : « Je lui ai dit que c'est moi qui décide et que la médecine n'est pas si facile que cela. [...] Parfois ils veulent t'apprendre le métier. [...] Je lui dirai aussi que la médecine est un art et que cela n'est pas uniquement que des algorithmes. Et que parfois il faut sortir de l'algorithme théorique que l'on nous apprend dans nos études de médecine. [...] De leur expliquer au patient que ce n'est pas si simple la médecine. Ce n'est pas toujours blanc ou noir. Il faut mettre des dégradés de couleur. »

MG18 : « Il ne maîtrise pas toutes nos connaissances et surtout notre démarche diagnostic. »

MG19 : « Ce n'est pas agréable mais il faut savoir par notre démarche de clinicien lui montrer qu'Internet ne peut pas tout faire. »

MG7 : « Avancer des arguments pour leur expliquer les problématiques de notre métier. Leur expliquer que dans notre métier il faut prendre des décisions et surtout de bonnes décisions. »

MG9 : « Il faut lui prouver aujourd'hui ce n'est pas un diagnostic qu'il faut mais c'est une démarche qui amène au diagnostic. »

MG13 : « J'essaye de démêler le vrai du faux et de leur explique par mon travail et mon examen clinique que leurs doutes sont infondés. »

4.1.3.2. Prendre le temps d'expliquer

Pour plusieurs, il fallait prendre le temps d'expliquer et de discuter, même si cela amenait à des consultations plus longues.

MG19 : « Pour ce genre de patient il faut prendre le temps. Ne pas aller trop vite sinon c'est la relation médecin-patient qui n'est plus la même. [...] Les rassurer et leur expliquer leurs symptômes actuellement »

MG3 : « Il y a un temps supplémentaire pour un tri de l'information et à part enlever du temps médical nous sommes obligés d'augmenter notre temps de consultation. »

MG5 : « Il faut éviter de dire « oui, oui on fait comme ça » alors qu'on est pris de court. Prendre le temps, ne pas hésiter à dire je ne sais pas et prendre l'avis d'un confrère. [...] Cela ne change pas le temps car je prends le temps pour mes patients même quand il y a du monde j'essaie de les écouter. »

MG6 : « Il faut prendre le temps de les écouter. [...] et d'expliquer que soit il a la bonne information soit il est dans l'erreur et de le guider au mieux possible. Bien lui expliquer que sur Internet il peut y avoir des choses fausses et qu'il faut qu'on en discute ensemble. »

MG7 : « Je vois beaucoup de spécialistes qui ne prennent pas le temps de discuter avec le patient et c'est souvent ce que l'on leur reproche. Ce qui nous manque le plus c'est du temps. »

MG12 : « Le but est d'expliquer le plus simplement possible pour qu'il puisse s'approprier la chose. »

MG16 : « Il faut leur réexpliquer. »

MG2 : « Le plus important est de lui expliquer »

MG15 : « Il faut dialoguer et expliquer. »

4.1.3.3. Recadrer l'information

Les médecins considéraient que c'était leur rôle de trier l'information qui leur était présentée, de critiquer, discerner le vrai du faux et de recadrer.

MG1 : « J'essaie de discerner le vrai du faux. On essaie de faire la part des choses à vrai dire et cela ne me dérange pas. [...] Ou alors je leur dis que ce qu'ils ont trouvé c'est n'importe quoi [...] Cela m'arrive donc de critiquer de façon soit positive soit négative. »

MG18 : « et on reprend les symptômes un par un. Je casse les préjugés de ceux qu'ils ont pu voir. »

MG19 : « Rester à l'écoute tout en recadrant l'information. [...] On fait le tri. [...] Reprendre avec eux la réalité des faits actuels. »

MG20 : « si par contre cela est faux, j'essaie de les recadrer. »

MG21 : « Cela dépend de la situation, si c'est trop hurluberlu, je les calme et je recadre le patient. »

MG23 : « Je le recadre si besoin [...] Si bien sûr c'est complètement à côté, je n'hésite pas à le recadrer. Je le recadre en lui expliquant comment l'information devrait être perçue. [...] Quand l'information est complètement fausse on le voit arriver à des kilomètres et il est facile de le recadrer rapidement. »

MG3 : « pour un tri de l'information »

MG4 : « Je lui ai dit que sur internet tout n'était pas fiable et elle l'a bien compris. »

MG5 : « J'essaie de comprendre les informations qu'ils ont récupéré et de leur expliquer du mieux possible. »

MG6 : « et démêler le vrai du faux. »

MG8 : « Il faut la reformuler et leur faire un tri de ce qu'ils ont vu. »

MG7 : « Savoir si on est dans le bon contexte ou dans quelque chose de complètement délirant dans sa clinique à lui. »

MG9 : « Donc il faut aller dans son sens et progressivement défaire le sac de nœud qu'il nous a ramené [...] Je les prends, je les analyse et je les filtre. Il faut reprendre l'info une par une. »

4.1.3.4. Reformuler pour mieux comprendre

Les médecins reformulaient pour une meilleure compréhension du patient n'hésitant pas à leur faire répéter.

MG10 : « Sinon nous reciblons le bon diagnostic ce qui est notre métier principal. »

MG14 : « Il faut reprendre ce qu'il nous amène, les éplucher et recontextualiser avec le patient. »

MG16 : « Je trie et je reformule. »

MG5 : « Je leur fais répéter pour savoir s'ils ont bien compris. »

4.2. Affrontement

4.2.1. Se méfier des sources internet

4.2.1.1. Déconseiller ou ne pas conseiller

Certains médecins ne conseillaient aucun site à leurs patients ou leur déconseillaient complètement internet pour des informations médicales.

MG12 : « *Je le déconseille au patient. [...] Je ne leur conseille rien.* »

MG13 : « *Je ne conseille pas de site [...] Et les sites de patient on n'y va pas et donc on ne peut pas les conseiller. C'est souvent soit trop spécialisé soit les sites de patients qu'on ne connaît pas. Je ne leur en conseille aucun.* »

MG15 : « *Je ne leur conseille pas de sites* »

MG19 : « *Je leur conseille de ne pas aller sur internet pour le moindre bobo car sinon ils vont finir avec un cancer tous les jours. [...] Pas de sites en particulier.* »

MG2 : « *Non je ne les conseille pas et je leur conseille aucun site en particulier car je vais très rarement sur internet.* »

MG20 : « *Non je n'ai pas de sites en particulier. Parce que je ne les connais pas.* »

MG11 : « *Non pas du tout.* »

MG22 : « *Je ne les guide pas parce que je ne conseille pas de sites.* »

MG23 : « *Pour moi Doctissimo je ne leur conseille plus.* »

MG8 : « *Je n'ai pas de sites à leur conseiller en particulier.* »

4.2.1.2. Mise en garde

D'autres mettaient en garde par rapport aux informations véhiculées par internet. D'après eux, il fallait toujours faire très attention et remettre en question ce que l'on lisait sur internet.

MG5 : « *Je leur dis de faire très attention sur internet. [...] Après je leur dis il y a de tout sur internet avec du vrai du faux et il faut faire attention.* »

MG13 : « *Je leur dis de ne pas le faire car cela va les inquiéter et cela n'est jamais adapter à leur situation.* »

MG14 : « *mais faites extrêmement attention car même moi en tant que médecin qui maîtrise le sujet, j'ai moi-même peur.* »

MG16 : « *puis après je leur explique en leur mettant en garde sur internet. [...] Je leur dis bien qu'il vaut mieux ne pas aller voir seul. [...] Il vaut mieux éviter que le patient aille sur internet seul.* »

MG21 : « Je leur dis de ne pas prendre pour argent comptant tout ce qui vient d'internet. »

MG8 : « Je leur dis surtout de faire attention. »

MG15 : « Il est inquiet. [...] Je leur explique que sur les réseaux sociaux, le climat est très anxiogène. [...] Je ne pense pas que cela soit bénéfique pour lui d'être allé voir. C'est source d'anxiété. »

4.2.1.3. Vérifier les sources

Ils conseillaient aussi de toujours vérifier la source de l'information et sa fiabilité.

MG10 : « Si c'est faux je vais lui expliquer que c'est bien de chercher les informations mais qu'il faut vérifier les sources. »

MG15 : « Je lui demande sur quel site il est allé voir. Si c'était un site sérieux ou pas. Le plus important il faut vérifier la fiabilité de l'information. Il y a une différence entre Doctissimo et un site de faculté. [...] De leur expliquer qu'il faut réfléchir et de vérifier la source de l'information. »

MG16 : « Je leur dis d'aller bien vérifier leurs sources. »

MG18 : « Si elles sont fausses je leur pose une question simple. Pouvez-vous me dire les sources ? Et c'est comme cela que je leur explique et que cette information est fausse. Il n'y a souvent pas de sources lisibles ou floues qui est souvent anxiogène. [...] mais à bien vérifier leurs sources. »

MG20 : « Tu leur expliques que le plus important ce n'est pas ce qu'ils ont lu mais qui a écrit l'information. Il faut savoir trouver la source de l'information. »

4.2.2. Attitude défensive

4.2.2.1. Se défendre

Certains médecins sentaient le besoin de se défendre.

MG18 : « Je vous avoue que je l'ai pris sur la défensive en premier lieu. »

MG8 : « J'avoue avoir été sur la défensive au départ »

MG2 : « Il faut se protéger tout en essayant de rassurer le patient. »

4.2.2.2. Prendre du recul

Pour d'autres, la meilleure des attitudes était de prendre de la distance et de ne pas l'interpréter comme un affront personnel.

MG14 : « j'ai appris à prendre du recul. [...] Il faut se rendre imperméable à tout type de remarques. »

MG9 : « Je suis quelqu'un qui prend de la distance. [...] Il faut de l'expérience, du recul, de la patience. [...] Il faut de la psychologie [...] et il ne doit pas se braquer sur un patient. »

MG12 : « Cela ne me pose pas beaucoup de problèmes. Je pense qu'ils sont très nombreux à aller voir et ils ne nous le disent pas tous. »

MG20 : « Cela se passe très bien. Je n'ai aucun problème. [...] Sinon tu laisses couler. »

MG23 : « mais je ne suis en aucunement vexé par ce qu'il me dit. »

MG7 : « En tout cas c'est quelque chose que je ne prends pas mal et même que je ne prends jamais mal. À partir de la fois où le patient m'a dit qu'il a vu quelque chose sur Internet, des notions que je ne saurais pas et je ne le prends jamais mal. »

MG19 : « Il ne faut pas les contrer d'emblée et leur dire que ce qu'ils ont vu est faux. [...] Je le prends plutôt bien car internet fait partie de notre vie. On ne peut pas leur dire de ne pas aller sur internet. [...] Ce n'est pas le peine de se braquer. »

4.2.2.3. Rester droit devant le patient

Une partie importante des médecins surlignaient l'importance de la confiance en soi même et ses connaissances médicales. Pour eux, il fallait rester droit devant les patients internautes et ne pas se laisser désemparer par leurs questions et leurs propos.

MG11 : « Donne toi confiance en toi, examine-le. »

MG12 : « Il faut être confiant, on a fait des études avec des connaissances très poussées. [...] Il faut garder la confiance, il faut s'affirmer devant le patient. [...] on a fait des études avec des connaissances très poussées. »

MG13 : « Il ne faut pas en avoir peur. »

MG17 : « Il faut être sûr de ce que l'on dit. [...] Si tu fais des choses par habitude, tu peux te faire piéger par certains patients et tu n'auras pas l'air très fin. Ce n'est pas très agréable niveau égo. »

MG21 : « De se méfier et de se faire confiance. Surtout se faire confiance car au début on n'est pas sûr de soi, tu es nouveau, tu es passé par l'hôpital. Le libéral c'est très différent. [...] Si tu as une faille ils peuvent te rentrer le doute. »

MG18 : « Je lui conseillerais d'être sûr de lui et d'avoir confiance en lui. »

MG2 : « Je pense que le plus important est d'avoir confiance en soi. »

MG4 : « Bien car on a l'habitude et on sait quoi répondre. [...] Enfin sur ce sujet-là, je savais quoi répondre [...] Être sûr de son diagnostic mais surtout écouter les gens. [...] Il faut être sûr de soi sans avoir le melon. »

MG5 : « Avec l'expérience on est beaucoup plus sûr de soi mais il m'arrive encore d'en apprendre tous les jours. »

MG8 : « Le plus important est d'avoir confiance en soi. »

MG20 : « De bosser de son côté, d'être sûr de son coup. Pouvoir avoir les arguments pour combattre les erreurs d'égarements des patients et les recadrer. Il faut renforcer son savoir. »

4.2.2.4. Rester impassible

Des nombreux médecins conseillaient de ne pas se laisser perturber, de garder son sang-froid et ne pas montrer son stress. Ils faisaient face à l'imprévisible en restant polis, impassibles.

MG15 : « Il ne faut pas se laisser submerger. »

MG18 : « De ne pas se faire déstabiliser car le patient vient vers nous car il veut être rassurer. »

MG21 : « Il faut garder la tête froide en se disant que tu n'as pas la science infuse mais que tu sais garder le cap. »

MG22 : « Il ne faut pas se sentir diminué ou humilié par rapport à Internet. »

MG23 : « Je l'appréhende bien, cela ne me perturbe pas. [...] Toujours en étant poli, cela ne me perturbe pas. »

MG6 : « En premier il faut garder son sang-froid [...] On est plus ou moins formé à tout entendre à tout voir et à rester impassible. [...] En premier c'est de rester zen. [...] En premier c'est de garder son sang-froid »

MG14 : « Il ne faut surtout pas être apeuré. Il ne faut pas s'alarmer. »

MG9 : « J'ai appris à gérer le stress. [...] Je suis un ancien urgentiste, un ancien addictologue et j'ai appris à gérer le stress. [...] Non il faut s'attendre à tout dans la médecine tout est possible. La médecine c'est de l'imprévisible. »

MG17 : « Mon 2^e conseil est de ne pas se démonter face au patient. »

MG7 : « Il ne faut pas avoir peur du procès, il faut qu'ils comprennent notre état d'esprit. [...] Non car je suis jeune médecin et je suis né avec Internet. »

4.2.3. Attitude offensive

4.2.3.1. Proposer le changement de médecin

Certains affirmaient qu'il fallait mieux que le patient change de médecin si la relation de confiance n'était plus là. La confrontation stérile, sans résultat, ne permettait pas d'avancer.

MG3 : « Je pense que quand cette relation de confiance n'existe plus il vaut mieux changer de médecin car nous serons toujours dans la confrontation de deux idées qui n'avancerait plus. [...] Je pense que pour un spécialiste on peut avoir une deuxième opinion mais s'il s'agit du médecin traitant je pense que c'est compliqué de prolonger avec le statut de médecin de famille. »

MG6 : « Il m'est arrivé une ou deux fois à la fin d'une consultation : "Écouter maintenant vous avez tous les éléments en main, si vous n'avez pas confiance en moi, Faites comme vous voulez". »

MG7 : « A l'opposé bien sûr si des patients devait arriver et m'imposer ça et ça ou je veux ça et ça. Là je lui ferai comprendre que ça ne va pas le faire et là il faut qu'il change de médecin traitant. »

4.2.3.2. Ne pas céder

Certains considéraient qu'il ne fallait surtout pas céder face aux demandes injustifiées des patients, ne pas prescrire par complaisance.

MG4 : « Par exemple ce n'est pas parce qu'ils ont vu qu'il pouvait avoir une tumeur cérébrale qu'ils vont avoir leur scanner. »

MG17 : « On s'adapte mais jamais je ne ferais quelque chose que je ne saurais pas d'accord. [...] Cela a pu la changer mais jamais à des idées que je pense. »

MG6 : « Le plus difficile est de ne pas céder quand l'argumentaire est faux. [...] Il faut qu'on travaille en notre âme et conscience et de ne pas prescrire des médicaments de complaisance ou des examens pour arranger le patient. »

MG9 : « Avec le coronavirus j'ai eu beaucoup de demandes mais je n'ai pas cédé. [...] Il peut y avoir des patients qui insistent pour avoir l'examen qu'ils demandent et il faut leur tenir tête. Il y a des gens qui viennent que pour ça »

MG21 : « Ne pas se laisser trop bouffer par les patients. [...] Par se méfier, je veux dire c'est de ne pas se faire dicter sa conduite par ce qu'a vu le patient. Certains patients peuvent arriver à t'embrouiller si tu n'as pas de ligne de conduite. »

4.2.3.3. S'affirmer

Certains n'hésitaient pas à remettre le patient à sa place et à s'affirmer en tant que médecin. Dans leur vision, le médecin devait rester maître de la conversation et de sa prise en charge.

MG10 : « C'est nous le médecin »

MG12 : « Quand ils deviennent trop insistants, il faut les remettre à leur place en disant que chacun son métier. On ne répare sa voiture sur internet. [...] On est obligé de remettre les pendules à l'heure. Je leur dis qu'ils n'ont pas forcément tous les éléments pour comprendre. [...] Internet c'est très bien mais il faut qu'on reste le maître du jeu. »

MG15 : « Je leur demande aussi quel métier ils font. Et en fonction je leur demande s'il apprécierait si je venais leur apprendre leur métier. Je leur dis que je n'en sais rien comment monter un mur je sais juste qu'il faut qu'il soit droit. »

MG23 : « Cela peut l'orienter car pour un symptôme, il peut y avoir plusieurs diagnostics. C'est intéressant et cela ne m'empêche pas de m'affirmer avec mon mot à dire si je décide que ce n'est pas le bon chemin qu'il prend. »

MG9 : « Le médecin doit rester maître de la conversation »

4.3. Rester professionnel

4.3.1. Se baser sur l'interrogatoire et l'examen clinique

Une partie importante des médecins restaient très objectifs devant les patients internautes, en se basant toujours sur leur interrogatoire et leur examen clinique.

MG19 : « Il faut rassurer les gens avec un examen clinique complet. [...] Je reprends les symptômes en leur expliquant qu'il n'y a pas de signes de gravité. »

MG10 : « et à travers un bon interrogatoire et un bon examen clinique je pense qu'on peut remettre les choses au bon endroit. [...] je vous examine et une fois examiné on en discute. [...] Après avoir fait mon métier avec un bon interrogatoire et un bon examen clinique je peux ensuite discuter avec eux de leur problème de santé. »

MG13 : « mon examen clinique [...] Il faut faire son travail comme d'habitude. Reprendre l'interrogatoire. [...] Ne pas les culpabiliser et faire notre travail. »

MG16 : « D'abord je les examine pour me faire ma propre idée de leur demande. [...] Il faut les rassurer en les examinant. »

MG18 : « Il faut bien faire son examen clinique [...] Je les rassure en faisant mon métier. Un bon examen clinique »

MG21 : « Je fais mon examen et je leur réexplique ce qu'ils ont vraiment. »

MG11 : « Cela m'est arrivé par exemple un soir de diagnostiquer une péricardite, je le mets sous aspirine et je l'envoie chez le cardiologue. Le patient y va et le cardiologue confirme le diagnostic. Là le patient il a confiance en toi. Parce que ce mec-là, avec ces mains et ces oreilles il peut faire un diagnostic. Si tu ne l'as pas examiné et le mets sous Profénid, ça va le soulager un peu puis ça va trainer et ensuite il va aller sur internet. Et c'est là où la confiance se perd. Si tu l'examines, le patient se dit que ce n'est pas un charlatan. [...] C'est pour cela que je n'ai pas de problème avec internet. Mon fer de lance est que je les examine tous. Ils ne peuvent pas me reprocher cela. [...] examine-le. [...] Prouve-lui que internet ne peut pas tout faire. Internet n'a pas 2 mains 2 oreilles ni le flair, l'instinct. [...] Par contre le cheminement c'est toi et ton expérience avec tes études qui permet de construire ton arbre décisionnel »

MG22 : « Puis je leur dis que l'on va quand même faire l'examen et voir si internet ne s'est pas trompé. [...] On a quand même fait 10 ans d'études et ce n'est pas avec 2 clics que l'on va trouver la réponse. On a un vrai travail de recherche. [...] Il faut s'en servir pour justement être au-dessus. On pourra être au-dessus en trouvant le diagnostic. »

MG3 : « A l'examen clinique j'ai pu confirmer le diagnostic et je lui ai prescrit l'échographie avec ensuite un rendez-vous avec l'urologue. [...] Prenons l'exemple du malaise est-ce que c'est un malaise vagal est-ce que c'est une lipothymie ou est-ce que c'est une hypoglycémie cela peut être tellement de choses différentes. [...] Il faut reprendre son dossier avec les antécédents ses symptômes et faire la part des choses. »

4.3.2. Confirmer par des examens complémentaires adaptés

Certains médecins pouvaient rajouter un examen complémentaire pour avancer dans leur diagnostic ou pour s'orienter en fonction de ce que le patient apporte pendant la consultation.

MG19 : « Non pas de conflits au point qu'il y est une rupture de soins mais par contre il peut y avoir des ajouts d'examens complémentaires que je n'aurais pas forcément fait s'il ne me l'avait pas dit. »

MG20 : « L'affirmer ou l'infirmier avec peut être des examens complémentaires. »

MG16 : « On a fait l'échographie et il s'est avéré que c'était un kyste testiculaire. »

MG10 : « Et après c'est à nous de réajuster le diagnostic soit de préciser avec des examens complémentaires. »

MG2 : « Prenons l'exemple d'un patient qui pense avoir une tumeur cérébrale on commence par des diagnostics faciles puis en fonction des résultats on adapte avec des examens complémentaires de plus en plus poussés. On ne va pas chercher le plus compliqué d'abord. »

MG11 : « Quand tu lui demandes de passer une IRM et que tu lui dis le diagnostic que tu recherches et que celui-ci est le bon, le patient te respecte et reviens te voir. Pour se faire respecter, il ne faut pas être le soigneur de rhume. »

MG18 : « et si on a un doute ce n'est pas le patient qui nous l'impose mais c'est nous même qui voulons lever un doute sur le diagnostic en prescrivant des examens complémentaires. »

MG21 : « S'il y a un doute, il ne faut pas hésiter à prescrire un examen complémentaire pour vérifier. »

4.3.3. Reprogrammer un rendez-vous

Un médecin proposait de reprogrammer un rendez-vous pour analyser les résultats des examens complémentaires.

MG16 : « Je leur redonne rendez-vous pour rediscuter avec eux si on fait des examens. »

4.3.4. Se baser sur son expérience professionnelle

Pour certains médecins, c'était l'expérience qui permettait d'être un meilleur médecin et faire face à des situations diverses. C'était cette expérience qui pouvait faire défaut à Internet.

MG5 : « Avec l'expérience on est beaucoup plus sûr de soi »

MG15 : « Pour moi être un bon médecin généraliste c'est avoir la connaissance et c'est le mélange d'informations et d'expériences. Le patient quand il arrive avec son information d'internet, il lui manque l'expérience pour arriver jusqu'à la connaissance. L'expérience te permet de trier les informations. »

MG4 : « Souvent on sait ce qu'ils vont chercher. Avec l'habitude et ma pratique des urgences je sais quoi répondre. »

MG9 : « Chacun travaille à sa façon. Quand j'étais jeune médecin je n'avais pas le recul et l'expérience. »

4.3.5. Rester à jour et se renseigner

Pour une partie des médecins, la meilleure chose à faire était la formation continue, toujours se renseigner et rester à jour avec l'évolution de la médecine.

MG17 : « Je lui conseillerais de rester à jour car beaucoup de choses évoluent. [...] Il faut être solide sur ses connaissances. »

MG11 : « Mais je vais faire des études et me renseigner. »

MG7 : « S'il me parle de quelque chose que j'ignore totalement, moi-même je vais faire mes propres recherches pour me renseigner sur le sujet et selon le sujet, orienter le patient car si c'est un diagnostic compliqué je l'oriente vers le spécialiste adéquat. J'estime que mon rôle et celui d'un aiguilleur. [...] Je vais faire mes propres recherches pour me renseigner sur le sujet »

MG22 : « J'essaye de faire mon opinion sans me faire influencer par internet. »

4.3.6. Accepter de se remettre en question

Certains médecins se remettaient régulièrement en question sur leurs connaissances. Ils conseillaient aux plus jeunes de garder une attitude réflexive sur leur savoir et accepter de se remettre en question, accepter de dire « je ne sais pas ». Ils considéraient que c'était normal de ne pas tout savoir et cela leur arrivait parfois de demander conseil à un confrère plus expérimenté ou plus spécialisé.

MG5 : « Avec l'expérience on est beaucoup plus sûr de soi mais il m'arrive encore d'en apprendre tous les jours. [...] Sans arrêt, je me remets souvent en question. [...] Il ne faut pas se prendre pour le maître du monde. [...] On ne sait pas tout. Même moi à mon âge je ne sais pas tout il m'arrive souvent d'appeler des confrères pour leur demander un avis. [...] Il se méfie sur le médecin s'il est allé un peu trop vite, même si on essaie de prendre le temps et de faire attention. C'est peut-être de notre faute. [...] Il faut les écouter et ne pas avoir peur de dire " je ne sais pas", j'appelle un confrère et je vous tiens au courant de ce qu'il me dit. »

MG10 : « Je pense que c'est bien d'être remis en question. »

MG3 : « Je pense que dans notre métier il faut se remettre en question. »

MG6 : « nous n'avons pas la science infuse. »

MG14 : « Je sais que ma mémoire est perfectible et que l'on doit se remettre en question tous les jours. [...] Il y a une superbe blague en médecine. Qu'elle est la différence entre un spécialiste et un généraliste ? Le généraliste est quelqu'un qui ne sait rien sur tout alors que le spécialiste c'est celui qui sait tout sur rien. [...] Même si cela m'arrive de ne pas tout savoir, »

MG8 : « Bien sûr, il est remis en question pour chaque patient qu'importe si ceux sont des patients internautes. C'est quelque chose d'important dans notre métier. Rien n'est acquis. »

MG11 : « Toujours c'est normal. Si un jour j'ai une totale confiance en moi c'est que je suis mauvais. Je doute toujours de mes diagnostics. [...] Aucune. Quand je ne sais pas et je vais te dire je ne sais pas. [...] Il faudrait qu'on connaisse tous les diagnostics de la terre en tête. On peut en louper et il nous fait penser à un diagnostic cohérent. »

MG19 : « Il faut quand même les écouter car de temps en temps il peut y avoir une bonne idée et qui peut nous faire penser à un diagnostic. »

MG21 : « Oui on peut se sentir remis en question mais cela m'arrive de moi-même sans forcément l'aide d'internet. On doit se remettre en question tous les jours. »

MG16 : « Cela peut arriver de nous tromper et si on n'a pas fait l'examen qui était nécessaire et qu'il nous l'avait proposé, »

MG7 : « J'estime ne pas savoir tout et loin de là. »

MG9 : « Ce n'est pas parce qu'on a fait 10 ans de médecine que l'on c'est tout sur tout »

4.4. Nouvelles directions à suivre

4.4.1. Certification des sites

Quand nous avons parlé de la certification du Hon Code, quelques médecins connaissaient le concept et d'autres pas du tout. Un des médecins l'utilisait pour pouvoir conseiller à ses patients les sites fiables.

MG19 : « Non je ne connaissais pas le HON Code. »

MG4 : « Non je ne connais pas le HON code »

MG6 : « Non pas du tout, je ne connais pas le Hon code. »

MG1 : « Non »

MG3 : « Oui c'est un site qui référence les bons sites médicaux. »

MG2 : « Oui j'avais entendu parler dans le Quotidien du médecin, c'est un site qui référence les bons sites médicaux. »

MG5 : « Oui je connais ce logo, c'est le fameux petit logo. C'est celui que je conseille à mes patients. »

4.4.2. Travail à plusieurs : Assistants médicaux et internes

Un des médecins a proposé de profiter de la possibilité de travailler avec des internes et des assistants pour toujours discuter, confronter des idées et maintenir à jour ses connaissances.

MG3 : « Peut-être qu'avec la nouvelle réforme avec les assistants médicaux nous pourrions par exemple leur permettre d'aller sur place et faire certains gestes et nous pourrions vérifier à distance. [...] Une chose très bien est d'avoir un interne avec nous est cela nous remet en question car ils nous tiennent à jour des différentes recommandations de santé. »

4.4.3. Formation des jeunes médecins

Un médecin a proposé de rajouter dans les études médicales une formation sur la téléconsultation, la gestion d'internet dans la consultation médicale et celle du patient internaute.

MG18 : « Je pense que ce serait intéressant de parler de la consultation 2.0 avec la téléconsultation ou cette nouvelle relation avec les fake-news des réseaux sociaux. »

4.4.4. Télémédecine

Sur la question de la télémédecine, les avis étaient mitigés. Une partie des médecins trouvait cela utile alors que d'autres trouvaient cela trop contraignant ou limité car ils ne pouvaient pas avoir le patient en face d'eux.

MG2 : « Pour moi c'est quelque chose d'utile. »

MG3 : « Je pense que c'est l'avenir avec bien sûr des limites. »

MG4 : « On en fait déjà par exemple quand le patient nous appelle avec tel symptôme et qu'on le guide par téléphone. [...] Je n'aime pas trop car je pense que pour être un bon médecin il faut voir le patient. »

MG5 : « Cela peut être très bien, par exemple pour les maisons de retraite cela peut être intéressant car il y a moins de médecin. [...] Après c'est difficile de le soigner à distance. Pour moi ça me fait peur. Après je vois par exemple pour le SAMU qui donne des conseils par le 15, je n'aimerais pas être à leur place. »

MG6 : « Je n'ai pas eu plus de consultations avec le coronavirus par contre je remarque avec la télé consultation, les consultations étaient plus longues car les patients étaient très inquiets. »

DISCUSSION

1. Validité interne de cette étude

1.1. Forces

1.1.1. **Choix du sujet et son originalité**

Notre étude a été choisie pour son apport sur le plan personnel car nous avons été confrontés à ces patients internautes. Pendant la crise du Covid 19, ce phénomène était encore plus présent. Nous avons voulu en savoir plus auprès de confrères, médecins généralistes, plus expérimentés. Cette étude a pour but d'être un apport et une aide pour des jeunes médecins.

1.1.2. **Choix de la méthode qualitative et l'utilisation des entretiens individuels**

Les lignes directrices décrites dans le **COREQ** (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (75) sont des critères de qualité dans le contexte de la recherche qualitative utiles pour les entretiens ou les focus group. Elles se composent de 32 items divisés en 3 domaines qui concernent : l'équipe de recherche, la conception de l'étude et l'analyse des résultats. Elles sont utiles pour repérer les points forts mais aussi les faiblesses de cette étude. Elles permettent de s'orienter et de garder un fil directeur de la méthode qualitative.

Un questionnaire sur un modèle quantitatif était pour nous moins intéressant, du fait de l'absence, à ce jour, de données suffisamment nombreuses et partagées portant sur ce sujet d'étude.

L'entretien semi dirigé autorisait une liberté de parole et le maintien d'un cadre fixe pour que l'entretien se passe dans les meilleures conditions. Il a été choisi afin d'orienter le médecin sur certains thèmes, tout en lui laissant le libre cours à sa pensée sur le sujet abordé et en essayant de limiter autant que possible le côté strict de l'interrogatoire.

1.1.3. **Recrutement de l'échantillon**

La prise des coordonnées des médecins a été faite par l'annuaire santé ou la recherche Google. Nous avons évité d'utiliser des plateformes de prise rendez-vous comme Doctolib car certains médecins n'en font pas partie et aurait pu biaiser le recrutement.

La sélection des médecins participants a été faite de manière à favoriser la diversité sans aucun à priori des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe et de type d'activité, ce qui a permis de recueillir des réflexions diverses.

Cela a permis d'avoir des points de vue le plus hétérogènes possibles et ainsi de diminuer un biais de désirabilité sociale (76). L'échantillon a été le plus hétérogène possible. Le nombre de vingt-trois entretiens était un chiffre suffisamment élevé pour rendre notre étude solide.

1.1.4. Guide d'entretien et saturation de données

Le guide a été testé avant les entretiens et il a été modifié au début de l'étude pour le renforcer et l'étoffer. Il n'a pas été établi un nombre de sujets nécessaires. La saturation des données a été atteinte et ensuite complété par trois entretiens supplémentaires. Elle a pu renforcer la crédibilité de cette étude.

1.1.5. Recueil de données

Les entretiens ont été réalisés à l'endroit et au moment de la journée que souhaitent les médecins, afin de favoriser le bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions. Le fait qu'aucun jugement et qu'un total anonymat était garanti aux médecins pouvait les rendre plus ouverts à la discussion.

Le caractère individuel et l'anonymisation des entrevues a permis une plus grande liberté de parole, en comparaison au modèle de focus group qui aurait pu biaiser le ressenti personnel des médecins car ils auraient pu être jugés par leurs pairs. Il y aurait pu avoir contamination par l'opinion du groupe ou du leader.

L'enregistrement audio a été un élément important et infailible quant à la retranscription lors du codage. Le fait d'utiliser deux appareils discrets (téléphones portables) pour respecter l'intimité pouvait moins intimider le médecin qu'un dictaphone.

1.1.6. Analyse : Codage

La validation a été obtenue par un double codage réalisé par l'investigateur et un médecin extérieur, suivie d'une mise en commun des différentes notions codées afin d'affiner la précision et de limiter le phénomène d'interprétation propre au chercheur. Le deuxième chercheur était informé du sujet de l'étude.

Ce codage parallèle en aveugle a permis de faire une analyse complète avec l'extraction des mots clés et la formation de catégories.

1.2. Limites

1.2.1. Subjectivité

Il y a pu avoir un biais d'investigation et de recul car c'était la première étude de l'investigateur, ainsi qu'un possible biais de suggestion car la gestion du patient internaute était un problème et pouvait orienter le sens des questions. Nous avons essayé au maximum d'y remédier en essayant d'être le plus objectif possible et éliminer toute subjectivité lors du recueil des entretiens. Il existe une subjectivité de l'information à cause de l'interaction médecin-enquêteur car l'enquêteur influence involontairement du fait du dialogue qui se construit. Par un manque d'expérience, il pouvait y avoir une trop grande liberté d'expression laissée aux participants pouvant entraîner des discussions hors sujet.

1.2.2. Recrutement

Lors du recrutement, le refus d'être interrogé de certains médecins constituait un biais de recrutement. Les médecins qui ont finalement participé étaient uniquement les volontaires et les plus intéressés par cette étude.

Pour des raisons pratiques liées à la proximité, nous avons recruté les médecins généralistes en fonction des terrains de stage de l'investigateur. Un biais géographique de sélection a pu se créer car les médecins étaient la plupart dans des zones urbaines avec une grande accessibilité aux soins et à internet.

1.2.3. Recueil de données

Les médecins étaient informés du thème avant l'entretien ce qui pouvait induire une préparation de leur part et moins de spontanéité. Il pouvait y avoir un biais d'implication car nous traitons de sujets personnels ce qui pouvait influencer le discours des médecins.

Des médecins rencontrés ont pu faire preuve d'une certaine retenue ou alors dans l'autre sens libérer une frustration entraînant un biais déclaratif.

1.2.4. Analyse : Codage

Le passage de l'oral à l'écrit est souvent réducteur. Il a pu effacer les traces expressives du discours des médecin au profit de son contenu.

Il est toujours difficile d'analyser toute la portée de l'idée que le médecin pouvait véhiculer pouvant entraîner un biais d'interprétation. Il n'a pas été noté d'expression non verbale. Une fois les entretiens retranscrits, pour une raison pratique, ils n'ont pas été corrigés par les intervenants. Cela aurait pu apporter des précisions et permettre une vérification plus poussée.

2. Discussions des résultats, ses interprétations et ses implications

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti et la manière de s'adapter des médecins généralistes, dans leur quotidien, par rapport au patient internaute.

2.1. Perception des médecins généralistes d'internet sur leur pratique

2.1.1. Profil des patients internautes

Aucun profil franc du patient internaute ne s'est dessiné. D'après les médecins, des personnes d'âges différents font appel à internet. Un seul médecin a précisé que le problème traité visait des patients avec un niveau d'études élevé.

En 2007, l'HAS dans son étude « le patient internaute », parlait d'un patient sur cinq qui était un chercheur d'informations sur Internet (77).

En 2010, c'était 71% des français qui cherchent des informations sur Internet pour leur santé (78) et ils le faisaient dans 82% des cas par curiosité (79).

Dans l'enquête de Murray (80) de 2003, le profil des patients internautes était le jeune âge, un bon état de santé, un bon niveau d'étude et une mauvaise opinion de leur médecin traitant. En termes de fréquence, 85% des médecins ont déjà eu des patients internautes.

En comparaison, notre analyse n'a pas recueilli des données quantitatives pour pouvoir établir un pourcentage de médecins ou de patients visés par le thème. Les sujets interrogés ne se sont pas exprimés sur certains aspects du profil du patient internaute comme le niveau social et l'état de santé.

2.1.2. Points positifs

Pour certains médecins, un patient déjà informé sur Internet leur faisait **gagner du temps**, car ils n'avaient pas besoin de tout lui expliquer. Un médecin parlait même d'un gain de temps sur le long terme. Internet pouvait représenter une aide pour le médecin directement car il allait lui-même se renseigner sur des sites spécialisés.

Une étude de 2008 (81) auprès de 85 médecins généralistes a montré que 38% des médecins consultaient des sites internet pour se renseigner et s'informer dans leur pratique professionnelle. La fréquentation par type de sites était en premier la recherche sur Google (27%) puis des sites de recommandations (20%) puis industrie pharmaceutique (14%), les sites des universités (10%), PubMed (4%) et LeCrat (1%).

Une étude publiée dans le British Medical Journal s'était intéressée à la capacité de Google à aider le médecin pour trouver le bon diagnostic. Sur 26 cas présentés, 15 cas ont pu être résolus grâce à Google (82).

La recherche internet permettait d'inciter les médecins à **se tenir à jour des dernières recommandations**. Tandis que la majorité des patients présentaient des diagnostics ou des questions surgies de « Dr Google », le choix des sources de médecins était complètement différents. Ils utilisaient pour s'informer des sites contenant des recommandations officielles (HAS), revues médicales (Prescrire), plateformes de recherche scientifique, sites des sociétés savantes (collège des enseignants), pharmacologie en ligne (Vidal).

Certains médecins bénéficiaient des informations apportées par le patient pour **réactualiser leurs connaissances médicales**. Ils avouaient avoir toujours des choses à apprendre. Le patient pouvait **orienter le raisonnement du médecin** et lui donner de nouvelles idées.

Environ 50% des 200 médecins de l'enquête HAS faite en 2011 (83), ont reconnu que les **patients peuvent leur apprendre** de nouvelles informations et que même certains médecins par la suite vont se renseigner sur des sujets.

C'était aussi le cas de notre étude. On peut dire que le médecin est **encouragé à réévaluer ses connaissances grâce à son patient** et à **adopter une posture réflexive sur son propre savoir**. Ainsi le savoir profane sert à une démarche d'**auto-évaluation** pour le savoir expert du médecin.

Les nouvelles idées que le patient échangeait avec son médecin apportaient à la consultation un côté intéressant, **stimulant** pour certains médecins. Non seulement, cela était productif du point intellectuel, mais aidait aussi à créer une **complicité** entre les deux parties. Les médecins trouvaient qu'ils avaient un meilleur échange avec un patient internaute, que le **dialogue** était plus **ouvert**.

D'autres enquêtes sur le même temps ont trouvé que l'utilisation d'internet était un point de départ pour des échanges plus denses et constructifs. Le patient souhaite **construire** avec son médecin et **échanger** avec lui (83). Les internautes avaient **gagné en courage** pour parler à leurs médecins et avaient une amélioration de leur communication et du dialogue avec leurs médecins (80).

Les informations recueillies sur internet par les patients permettent **d'ouvrir le dialogue** et rendre la relation plus **franche** avec leurs médecins.

Les médecins interviewés dans notre étude considéraient qu'un patient internaute était **mieux informé**, plus impliqué dans ses soins, avide de comprendre et d'apprendre. Cela leur apportait une interaction plus productive. Quant au patient, il avait envie de devenir un **acteur** dans sa propre santé.

Il existe une véritable volonté des patients d'en savoir plus sur leur pathologie d'après les médecins de notre étude. Les patients cherchaient une réponse immédiate à leur problème et ils voulaient mieux **apprendre** pour se rassurer.

On peut affirmer que leur autonomie accrue favorise le passage de paternalisme à **l'autonomisme**. Le patient devient un acteur actif et un partenaire du médecin, s'impliquant dans la promotion de sa santé.

Dans la **charte d'Ottawa** (84), l'OMS a défini la **promotion de la santé** comme étant un processus qui permet aux personnes d'avoir les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur santé et de l'améliorer. On peut donc dire que Internet est un outil permettant d'atteindre cette promotion de la santé.

Une étude de Kivits a démontré qu'il existe un **rapprochement** entre le médecin et son patient grâce à Internet (85). Cette même idée est ressortie des résultats de notre étude. Un **dialogue plus constructif** permettait de créer une meilleure **alliance thérapeutique**. Ce concept est proposé aussi par le CNOM (78), Internet devrait être utilisé dans la relation médecin patient pour créer une relation constructive et mieux travailler ensemble.

La HAS en 2013 (86) décrit dans sa revue de littérature « la décision médicale partagée ». Il a été montré que le patient a la volonté de prendre des décisions concernant son état de santé. Quand il en parle avec son médecin, le patient internaute se sent compris ou au moins entendu. Il peut ensuite plus facilement accepter la prise en charge proposée par le médecin.

De nos jours, l'égalité des droits s'applique à l'information et à la santé aussi. Tout le monde a le droit de s'informer, de savoir et de comprendre. Une tendance commençait à s'entrevoir dans les discours de nos sujets interviewés, celle de la **démocratisation** de la santé. Ce concept a déjà été lancé par la loi Kouchner du 4 mars 2002, se référant au fait que chaque patient peut avoir accès à son dossier médical et dispose d'un droit à l'information sur son état de santé (54).

C'est la **responsabilisation** du patient qui permet une démocratisation sanitaire. Celle-ci favorise un meilleur niveau de connaissances sur sa santé et cela l'aide à être plus impliqué, en devenant **partenaire** de son médecin.

La relation se retrouve **enrichie** et plus satisfaisante pour certains médecins. Il y avait une approche plus simple et plus facile pour les médecins. C'est un **partenariat actif** pour amener à une **décision médicale partagée**.

Les médecins remarquaient une évolution de leur relation avec le patient vers un **échange mutuel**. Ils confrontaient leurs connaissances, ils partageaient leur savoir dans un but constructif. Ils ont évoqué également la disparition du médecin paternaliste, actuellement le patient a tendance à se situer sur une position d'égalité. Internet est pour le médecin un outil de **partage** et **d'échange** avec son patient. Il partage avec son patient son opinion sur un certain sujet, en approuvant ou récusant le savoir « profane » de son patient. Le patient peut devenir un véritable partenaire quand l'échange se fait de manière bilatérale. C'est la **décision médicale partagée**. La décision finale est une acceptation mutuelle, un accord commun et une alliance thérapeutique.

Une partie des médecins interviewés considérait qu'ils restaient, malgré tout, la **source de référence** pour leurs patients, le filtre qui validait ou pas les informations retrouvées sur internet.

Dans un article de Christine Thoër (87), le patient ne cherche pas à se confronter à son médecin mais plutôt à **obtenir son opinion**. Il va sur internet en **complémentarité** de la consultation chez son médecin. Le médecin reste la **référence** pour le patient qui a du mal à trier ou analyser les informations de santé recueillies sur le web. Dans un sondage Ipsos en 2010, la majorité des patients ont toujours confiance en leurs médecins même après être allé sur Internet et pour une partie, ils avaient encore plus confiance (88). En 2010, une enquête du CNOM (78) précisait que le médecin traitant restait la principale et première source d'informations médicales pour 90% des français. Ils la considèrent comme la plus fiable. Le médecin reste le **garant de l'information médicale**. Les patients ne sont pas motivés à défier leur médecin. Ils viennent voir leur médecin pour chercher son avis. Lorsque les patients venaient vérifier les informations lues sur internet, cela était vu par certains médecins comme une preuve de **confiance** et les aidait à consolider leur relation. Cela se rapproche de ce que dit **Tustin** : le **degré de satisfaction** de la relation médecin patient est inversement proportionnel à la nécessité qu'éprouve le patient à rechercher des informations sur internet (89). C'est cette relation entre le médecin et son patient qui détermine si le patient va ou a besoin d'aller sur Internet.

2.1.3. Points négatifs

Internet a tendance à devenir une **alternative** à la consultation médicale classique. Plusieurs causes ont été identifiées dans notre étude, à partir du manque d'expérience et de temps des médecins, jusqu'à la pudeur du patient et son besoin d'avoir une réponse rapide. Dans l'étude de Powell de 2011 (90), les patients interrogés ont décrit les différents motifs qui les amènent à consulter Internet. Ils y allaient pour se rassurer, mieux communiquer avec leur médecin, avoir un 2^e avis, mieux comprendre les informations de leurs médecins. Malgré tout cela, pour eux c'était plus **facile que d'aller chez le médecin** parce qu'il y a une plus grande **diversité d'informations disponible** et un **anonymat** assuré. Certains médecins éprouvaient un **sentiment de culpabilité**, parce qu'ils ne savaient pas encore répondre aux exigences du patient. La capacité de gestion d'un patient internaute ne s'apprend pas pendant les études, mais au fil du temps. C'était en se confrontant avec des situations difficiles qu'ils apprenaient à les gérer. Lorsqu'un **manque d'expérience** ne permettait pas au médecin d'offrir une réponse satisfaisante au patient, celui-ci pouvait aller chercher une solution sur internet.

Les consultations de nos jours devenaient de plus en plus courtes, plus rapides. Pour cela, les médecins accusaient la **forte demande**, mais aussi le prix bas de la consultation, qui les forçait à augmenter le nombre. Ces consultations "à la chaîne" avaient, évidemment, des répercussions sur le patient. Lorsque la consultation médicale finissait sans répondre à ses questions, il pouvait demander une deuxième opinion sur internet.

Les médecins reconnaissaient qu'ils pouvaient faire des erreurs et qu'ils étaient **imparfaits**. Ils disaient **manquer de temps** pour tout dire pendant la consultation, alors cela pouvait entraîner les patients à se renseigner avant ou après les avoir consultés.

Quelques médecins reprochaient aux autres confrères spécialistes ou généralistes un **examen clinique incomplet** ou même manquant lors de la consultation. Dans leur vision, c'était au médecin de faire un examen clinique adapté. C'est justement ce qui manque à Internet, l'approche clinique personnalisée. Ils disaient que le médecin devait **garder son côté clinicien** et pas devenir un donneur de prescriptions. Cet examen clinique renforce la confiance du patient et le découragera de se renseigner sur internet.

Au-delà des algorithmes proposés par certains sites ou des cases à cocher dans une liste de symptômes, c'est la personne humaine, le médecin, qui est capable d'intégrer l'information recueillie.

Le recours à Internet pouvait aussi être expliqué par un manque de médecins et un délai d'attente trop long pour avoir une consultation. Le médecin devenait **inaccessible**, ce qui s'opposait à la demande du patient d'être vu rapidement et d'avoir vite une solution à son problème.

Cela peut amener à **remplacer** la consultation pour certains patients par une e-consultation. Dans l'étude de WHIST, la consultation médicale était remplacée par une visite sur internet dans 15,6% des cas (35) et dans 16% dans une enquête belge (91).

Les patients se servaient d'internet pour comparer ou vérifier les propos du médecin. Certains médecins acceptaient ce besoin d'une **deuxième opinion**, se disant qu'ils ne détenaient pas la vérité absolue, d'autres le subissaient avec frustration.

Une étude de 2007 par l'HAS reconnaît que la motivation principale d'aller sur Internet était de mieux **connaître sa maladie** (77). D'autre part, il existe une remise en question de la part des patients qui ont besoin de vérifier le niveau de connaissances de leurs médecins (83). Le médecin traitant perd de son exclusivité en détention de l'information médicale.

Une autre notion abordée dans la discussion avec les médecins a été celle de la **pudeur** des patients. Les médecins considéraient que les patients cherchaient sur internet par pudeur de parler de leur intimité à une personne qui n'est pas un intime. Ils essayaient ainsi de rester maîtres de leurs propres corps. Les patients internautes sont incorporés pleinement dans l'ère de la vitesse. Ils n'ont **pas le temps d'attendre** pour en discuter avec leur médecin. Ils veulent être vus rapidement, vite pris en charge et traités. Ils vont sur internet pour se rassurer rapidement.

La relation classique médecin-patient impliquait uniquement deux parties. L'intervention d'internet perturbe l'équilibre de ce duo, notamment celui du médecin. Quand un patient vient en consultation avec des idées préconçues retrouvées sur Internet, cela devient **déstabilisant** pour le médecin. Cette perte d'équilibre peut prendre des nuances différentes pour chacun : angoisse, frustration, pression, étonnement, énervement, peur.

Les médecins avaient peur de rater un détail dans leur prise en charge, mais aussi d'être attaqué au niveau **médico-légal** pour cela ou pour avoir refusé certaines demandes de leurs patients. Ils affirmaient se sentir déstabilisés et ressentir de la **frustration** et de l'agacement. Cette pression était plus présente chez les jeunes médecins avec moins d'expérience.

Vers les années 2000, avec le développement d'internet, le concept de **pression de prescription** est apparu (92). En 2003, une étude (93) a permis de définir la pression de prescription comme étant une demande formulée par un patient, qui vient interférer dans la stratégie envisagée par le médecin. Une étude sur presque 600 consultations a permis de comptabiliser qu'un patient sur quatre exerçait une pression de prescription. En France, ce serait 10% des prescriptions qui seraient faites contre le gré du médecin (94). Dans d'autres études, c'est 25% des prescriptions qui seraient injustifiées (95) et 23% des médecins qui cédaient à la demande des patients (80). En termes de **procès** intenté contre les médecins, il y a eu une augmentation des condamnations des généralistes entre 2009 et 2017 (96). C'est cette peur médico-légale du procès qui peut faire céder les médecins devant les demandes des patients. Un autre aspect de la pression des médecins est la peur des agressions, mentionné par d'autres études. Devant la peur de l'agression et de l'insécurité, un organisme dédié a été créé en 2003, l'**ONSM** (Observatoire National pour la Sécurité des Médecins) (97). Dans le rapport annuel de l'ONSM de 2018 (98), il y a eu 1126 agressions sur des médecins. Les médecins généralistes sont les plus impactés et 80% des agressions se passent en milieu libéral.

Une grande majorité des médecins se **sentait remis en question** par leurs patients internautes. Même si l'attitude réflexive sur leurs connaissances face à l'immensité d'internet était stimulante et positive pour certains, d'autres se voyaient devenir une **alternative** à internet, **remis en question** par leur patient et conséquemment par eux même. Cette remise en question était vue comme une dévalorisation du rôle des médecins due à une **mauvaise reconnaissance** de leurs études et de leur travail. Ils ressentaient une **baisse d'estime**.

Le psychanalyste **Danièle Levy** (99) décrit que l'image du médecin généraliste en libéral a été **modifiée** au cours des dernières années. Il est passé du notable à forte rémunération, qui inspirait du respect à ses malades, à actuellement à un technicien. Les mentalités et les relations sociales ont changées aussi au fil du

temps. Le médecin est maintenant devant des patients informés et avec des exigences de plus en plus importantes. Les causes du changement de l'image du médecin généraliste sont multiples : une baisse d'estime des patients, des exigences plus importantes, la pression des médias et des instances publiques, la lourdeur administrative, la charge financière et le risque judiciaire.

Les médecins de notre étude remarquaient une **dévalorisation** du rôle du médecin généraliste venant du patient. Ils ressentaient un manque de considération et une mauvaise reconnaissance au vu de leurs études. Les médecins pouvaient se sentir exécutant plutôt que soignant, avec un rôle de prescripteur. Les médecins se sentaient obligés de **justifier leurs choix** plus que d'habitude, pour convaincre leurs patients et conserver leur confiance. Ils devaient argumenter, prouver. On ne leur permettait plus de prendre le rôle de décideur. Dans une étude similaire (80), 14,9% des médecins ont ressenti une défiance de leur autorité.

Lorsque les décisions du médecin ne correspondaient pas à ce qu'était dit sur internet, les patients perdaient confiance. Cela venait attaquer directement le principe de base d'une relation saine entre médecin et patient. Certains sujets interrogés dans notre étude suggéraient même que c'était justement **ce manque de confiance** qui les amenait à aller chercher des informations sur internet. Ce manque de confiance rend le patient plus anxieux et il ira chercher de la réassurance sur Internet.

Une étude sur 3720 français a retrouvé que les patients les plus en recherches d'informations sur Internet étaient ceux qui avaient une **mauvaise relation** avec leur médecin traitant dû à un manque de confiance et une difficulté de communication (100). Les informations retrouvées sur internet pouvaient ne pas correspondre à l'opinion du médecin. Ce fait était parfois accepté par les médecins comme une simple différence d'opinion, un simple désaccord. Certains médecins se méfiaient de la **fiabilité des sources d'information médicale** sur internet. Dans leur vision, il y avait de tout sur internet : des sources fausses, biaisées, des informations qui submergent, sans filtre. Un des médecins résumait poétiquement disant « **Internet est le grand spectacle** ». Le problème avec tout cela était le fait que le patient non informé devenait un patient désinformé. Pour les médecins, cette situation entraînait une **dégradation** de la consultation, une consultation médicale parasitée et plus compliquée.

Les recherches sur internet apparaissent par ordre de fréquentation du site et non par ordre de fiabilité. Tout ceci peut entraîner **une fausse compréhension** d'une maladie pour le patient. Cette idée a été confirmée aussi dans un sondage de 2012 (101) auprès du personnel médical qui conclue que le risque d'internet pouvait être la **désinformation** et l'autodiagnostic. Cela peut mettre le médecin dans une position inconfortable lorsqu'il faut dissuader les patients sur des informations fausses. Les sujets interviewés considéraient que les sources sur Internet manquaient **d'hiérarchisation de l'information médicale**. Normalement, le bloc d'information offert par les sites devrait être soumis au discernement et sélection, selon une formation médicale. Sauf que, manquant de cette formation, les patients ne vont pas retenir l'essentiel. Au contraire, ils vont rester bloqués sur ce qui les choque le plus, ce qui les effraie le plus, sur le pire des scénarios. Internet est complexe et impersonnel. Les **sources** sont floues et non facilement compréhensibles. C'est un des problèmes soulevés par les médecins. Le patient sans formation médicale va avoir des difficultés à juger **la qualité de l'information** et la nature des sources. Une étude a montré que 71% des patients ne savent pas reconnaître les différences entre les sites certifiés et les autres (78) et seulement 15% des internautes ont déclarés vérifier la source de l'information (102). L'utilisation exacerbée d'Internet peut être liée à **une intolérance à l'incertitude** (42) qui peut être défini par le fait d'imaginer le pire des scénarios qu'importe la fréquence de cet événement (103). Les médecins ont trouvé que les patients se renseignent sur internet sans savoir filtrer l'information. Les sites sont parfois trop spécialisés et les patients n'ont pas la capacité de choisir l'information adéquate. Cette combinaison néfaste de facteurs amène à un **défaut de compréhension** mais aussi à un **faux sentiment de maîtrise**. Comparé au médecin, ces sources sont impersonnelles et sans jugement. Dans un sondage Ipsos et ASIP Santé (104), on décrivait une **deshumanisation de la relation médecin-patient** du fait de l'augmentation de l'utilisation d'internet. Le médecin peut avoir un sentiment de solitude face à cette technologie et cette perte d'humanité et d'empathie. Il est le seul, grâce à son humanisme à pouvoir s'adapter précisément à chaque patient. Les patients trouvent facilement des informations sur Internet et cela entraîne un excès de confiance dans les sources virtuelles. Cela peut mener à **l'autodiagnostic** et à la prise de décision dangereuse.

Certains médecins trouvent dans internet une menace directe pour les patients et surtout un danger pour les patients vulnérables (105). Les médecins se retrouvaient face à des diagnostics pré établis, dans une certaine mesure, imposés par leurs patients, car ceux-ci ne remettaient pas en question la fiabilité des sources virtuelles. Mais ils ne prenaient pas en compte le fait qu'internet manquait de raisonnement clinique et de l'expérience d'un médecin.

L'angoisse du patient et son **besoin de comprendre** son état de santé le mènent à faire des recherches sur des sites médicaux. Mais parfois cette recherche ne finit pas par le rassurer, ni lui apporter des réponses. Au contraire, cela peut générer plus de questions sans réponse, le plonger dans l'inconnu et automatiquement amplifier son angoisse. Internet peut devenir **anxiogène** parce que l'information peut être incomplète ou inadaptée. L'anxiété est très présente pendant la consultation avec une utilisation d'internet préalable et des sources inappropriées. On parle dans ce cas d'un patient **cyberchondriaque**.

Internet devient une source de **confusion**, comme le rapportent des médecins. Pour la grande majorité des médecins interviewés, la consultation avec les patients internautes était plus longue et **chronophage**. Certains trouvaient que ce temps supplémentaire n'était pas forcément du temps perdu inutilement.

Les médecins de notre étude était assez unanime sur le temps pris pendant la consultation, qui se trouvait augmenté. Le fait de devoir se justifier, s'expliquer, reformuler, prend du temps pendant la consultation.

Ce concept de consultation chronophage a été validé par d'autres études : dans une étude de 2003 (106), 98% des 266 oncologues interrogées affirmaient que la consultation **s'allongeait** en moyenne de 10 minutes ; dans une autre étude, 38% des médecins disaient que la consultation était allongée inutilement (80).

Les patients internautes exigent des **prescriptions** comme **un objet de consommation**. Sous leurs pressions, les médecins se sentaient parfois obligés de faire ce qu'on leur demandait, tel des prestataires de services. Le patient se voit comme un **client et un consommateur de soins**. Le professeur Lejoyeux décrit dans son article de 2011 (107), une dérive de la relation médecin-malade qui tend vers une relation **consumériste**. Le malade devient un client et le médecin doit gérer sa patientèle en satisfaisant et fidélisant ses clients. L'acte médical devient un dû et non plus un service rendu, la patientèle devient une **clientèle**. L'interaction entre les deux devient une relation **marchande** (108).

Le patient est en demande de prescriptions de soins et d'examens, mais est déconnecté du cout de la santé que cela entraîne. La consommation de soins et de biens médicaux (**CSBM**) est définie comme la valeur de la totalité des biens et des services liées à la santé. En 2017, il est évalué à presque 200 milliards d'euros représentant presque 3000 euros par habitant. Son financement est fait à 78% par la sécurité sociale (109). Le **Code de la Sécurité Sociale** rappelle aux médecins que « les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins (110). » En Septembre 2017, au Royaume-Uni, une personne sur cinq souffrirait d'anxiété lié à la santé et son coût est estimée à environ **470 millions d'euros** par an au National Health Service (111).

2.1.4. Neutralité

Quelques médecins trouvaient qu'ils n'avaient pas de patients internautes ou qu'ils en avaient très peu. Pour eux, il n'y avait pas de changements car les patients s'étaient toujours renseignés auprès de sources tierces, que ça soit des connaissances ou la presse écrite. Dans une étude, **seulement un tiers des patients parlent de leur consultation** sur internet par respect pour leur médecin (112). Cela peut créer une illusion pour certains médecins qui affirment ne pas avoir de patients internautes. Une partie des médecins ne remarquaient pas de changement dans leur pratique quotidienne. L'intervention d'internet ne changeait ni leur prise en charge, ni le temps accordé pour une consultation, ni leurs connaissances médicales. Les jeunes médecins, qui ont toujours vécu avec internet et ils ne se sentaient pas dépayés par ce phénomène. La technologie fait partie de notre vie de tous les jours, internet est devenu omniprésent, indispensable et accessible à tous, à tout moment. C'est la normalité actuelle et elle est acceptée par les médecins comme telle.

2.2. Stratégies des médecins généralistes

Notre objectif était d'analyser le ressenti mais surtout les stratégies qu'abordaient les médecins face au patients internautes. Mc Mullan en 2006 (113) précisait que les médecins se sont **adaptés** pour faire face à l'évolution. Il a décrit trois réactions possibles chez le médecin : Il peut être en position **défensive** en se recentrant sur lui-même s'il se sent menacé. Il peut être en mode **collaboration**

avec le patient et se centrer sur le patient. Il peut le **guider** vers des sites internet en ayant un rôle pédagogique.

2.2.1. Accompagnement

Certains médecins affirmaient qu'il fallait suivre la direction indiquée par le patient et **l'accompagner** dans sa démarche. Compléter par un examen clinique et une discussion permettait d'apporter de la lumière sur le sujet et construire ensemble. Ils avaient un rôle **d'orientation** et **d'accompagnement**. Ils pouvaient partager leurs expériences et conseils dans la manière de chercher des informations médicales sur le web. Une étude affirmait que la satisfaction du patient pour son médecin est accrue si le médecin approuve le recours du patient à aller sur internet pour chercher des informations médicales (114). Les médecins pouvaient **féliciter** et **encourager** leurs patients à se renseigner. Dans une étude, 77% des médecins avaient déclaré qu'ils encourageaient leurs patients et 35% les orientaient sur les bons sites (80). L'HAS **encourage** les médecins à **conseiller des sites internet de qualité**. Le but est d'enrichir les connaissances des patients et d'augmenter l'expertise des médecins (115). Ce sont les médecins les plus à l'aise avec Internet qui conseillent le plus. Une étude montre que les médecins qui ont un accès à Internet à leur cabinet et qui vont régulièrement sur Internet sont ceux qui recommandent à leurs patients de se renseigner sur internet (116). La majorité des médecins considérait que l'attitude à adopter **était d'écouter et de discuter**. Ils se montraient **ouvert d'esprit**, pour pas que le patient se referme sur lui-même. Pour un des sujets, cette attitude représentait carrément un paradigme, il affirmait que « le maître mot de la médecine générale est d'écouter le patient ». Comme disait Thoër (87), si le médecin est ouvert d'esprit, il tient compte de l'information apportée par le patient. Il peut l'écouter ou la commenter ou la réfuter. En y prenant compte, le patient se **trouve valorisé** et pris au sérieux. La relation de confiance se trouve renforcée. Le professeur Pierre Ambroise-Thomas disait qu'avant d'apprendre à parler il faut d'abord **apprendre à écouter**. Cette écoute est la pierre angulaire de l'empathie du médecin (117). Certains médecins affirmaient que la finalité de la consultation avec un patient internaute devrait être la **réassurance** de celui-ci. Il vient mené par ses angoisses et ses inquiétudes, il devrait repartir rassuré. Le médecin peut avoir un rôle d'anxiolyse uniquement avec son contact humain (118). C'est ce qu'on peut appeler le **médecin médicament**.

Certains médecins n'hésitaient pas à prendre un rôle **d'éducateur** ou de **pédagogue**, pour que le patient puisse comprendre l'information lue sur internet. **L'éducation thérapeutique** est présente essentiellement dans les maladies chroniques. Tourrette-Turgis et Thievenaz ont défini l'éducation thérapeutique comme un champ de pratiques permettant l'acquisition ou le renforcement des compétences par le malade au service de l'amélioration de sa santé et de l'obtention d'une meilleure qualité de vie (119). Certains sites étaient conseillés par les médecins pour leurs patients. Par exemple, on retrouvait : LeCrat, l'HAS, Ameli ou des sites d'association de patients. Il arrivait que certains médecins accompagnent les patients sur des sites spécifiques pendant la consultation. Les médecins préféraient **conseiller des sources précises** pour que les informations soient fiables. Le site qui revenait le plus dans la conversation était LeCrat. Leur meilleur conseil pour les patients était de bien **vérifier les sources** de l'information retrouvée sur le net. Le concept **d'apomédiation** décrit le rôle d'intermédiaire qu'occupe le médecin, entre internet et le patient (120). Le chercheur canadien Gunther Eysenbach reparle de l'apomédiation comme la nécessité **d'accompagnement et de guidance des patients sur les informations de santé**. Cela peut être possible avec des apomédiaristes qui peuvent être des médecins ou des acteurs du web. Pour lui, il faut une **collaboration** de tous ces acteurs pour permettre une transparence et une ouverture de l'information (121).

Le site de l'HAS a publié en octobre 2008 (122), **un document à destination des patients**, qui leur propose de multiplier les sources, les comparer et de ne pas écouter un seul avis quand il s'agit de se renseigner sur la santé. Les patients devaient se **poser 3 questions** : qui a écrit ? quelles sont ses motivations ? quelles sont ses compétences ?

L'intérêt du patient devait rester leur priorité, considéraient quelques médecins. Ils devaient toujours le **garder au centre** de leurs objectifs. Les médecins proposaient une **démarche centrée sur le patient**. François Laplantine décrit dans son livre « Anthropologie de la maladie » les échanges entre soignant et soigné. « Les processus d'échange entre soignés et soignants ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du patient et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du patient sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin » (123).

En cherchant des informations sur internet, le patient est plus informé et cela modifie son savoir et les échanges avec son médecin.

Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a mis au point une **marguerite des compétences** (MC) dans la formation des internes de médecine générale, que nous avons pu voir pendant tout notre cursus universitaire. Elle se définit comme un modèle pédagogique d'apprentissage centré sur l'acquisition et le développement des compétences. Elle décrit 6 compétences nécessaires au médecin généraliste pour être un bon soignant. Ces compétences sont ensuite mises en œuvre dans les soins primaires, divisés en 11 familles de situations. Cela donne de la cohérence à l'apprentissage mais aussi à l'acquisition des compétences, permettant d'assurer la fonction soignante primordiale chez les médecins.

L'approche centrée sur le patient (ACP) a pour but de permettre d'intégrer et de comprendre les perspectives du médecin, mais aussi celles du patient. Elle met le patient et son projet de vie au centre de la relation. Le MC et l'ACP sont des modèles complémentaires et interactifs (124).

Pour promouvoir ces concepts, l'HAS a publié un document intitulé « Démarche centrée sur le patient », qui comprend 3 thèmes : écouter et partager les informations ; éducation thérapeutique ; suivre le patient dans son parcours (125). Le Dr Giorgio en 2010 (79) affirmait que le patient trouvait des informations d'ordre trop général sur son cas personnel et que c'était en se **recentrant** sur lui que l'on pouvait mieux avancer. La rencontre entre les deux consciences, celle du médecin et celle du patient, a pour but l'enrichissement. Le médecin ne cherche pas que le « mieux être » pour son patient mais aussi le « plus être » (117).

2.2.2. Adaptation sur mesure

Pour un des médecins, il s'adaptait en **gagnant du temps** non médical. Par exemple en préparant des modèles d'ordonnances en avance pour gagner par la suite le temps nécessaire à l'explication. Pour quelques médecins, **l'humour** était une façon d'éloigner la tension et l'inquiétude du patient. Il fallait prendre du **recul** et traiter les demandes des patients internautes avec **légèreté**.

Quelques médecins ont comparé la consultation avec une **pièce de théâtre**.

Le médecin doit mettre un nouveau costume pour chaque acteur qui rentre en scène et adapter les répliques de son script. Une partie des médecins n'avaient pas une stratégie à appliquer pour tous les patients internautes, ils **s'adaptaient au cas par cas** en fonction de la personnalité du patient, de son besoin d'être rassuré et de l'importance du problème abordé. Dans l'article 35 du code de déontologie un passage parle de « tenir compte de la **personnalité** du patient » (57). Parfois les patients ne dévoilaient pas facilement pourquoi ils recherchaient des informations sur internet. Le but de certains médecins était de trouver la réponse à cette question, de comprendre le **motif caché** pour que l'approche soit adaptée et constructive. Le plus important pour une partie des médecins était de **discuter** avec les patients et de **clarifier**.

2.2.3. Explication

Leurs stratégies étaient basées sur l'explication. Ils trouvaient nécessaire d'expliquer au patient quel était **leur rôle en tant que clinicien**. Internet n'était pas capable de faire un examen clinique et de juger, seul le médecin avait cette capacité. Pour plusieurs, il fallait prendre le temps d'expliquer et de discuter, même si cela amenait à des consultations plus longues. Les médecins considéraient que c'était leur rôle de trier l'information que leur était présentée, de critiquer, discerner le vrai du faux et de recadrer. Les médecins reformulaient pour une meilleure compréhension du patient n'hésitant pas à lui faire répéter. Ils étaient responsables de **l'encadrement** et du **recadrage** de l'information. Il fallait trier ce que le patient amenait en consultation. Le médecin doit reformuler pour voir si l'information a été bien comprise par le patient. Il faut **recentrer sur la réalité** des faits du patient et non pas sur ce qu'il a pu voir sur Internet, qui n'est pas approprié à son cas. Le médecin joue le rôle **d'intermédiaire entre patient et média**. Les médecins considéraient devoir s'approprier Internet pour eux même. Ils ne doivent pas le rejeter, mais en faire un **allié**. Ils doivent posséder une bonne connaissance de la recherche d'informations sur Internet, pour pouvoir connaître les bons sites et bien les recommander, en faisant preuve de pédagogie.

2.2.4. Méfiance

Certains médecins ne conseillaient **aucun site** à leurs patients ou leur déconseillaient complètement internet pour des informations médicales.

Cela revient dans une enquête de l'HAS, un médecin sur dix ne donnait pas de conseils de précaution sur les recherches médicales sur internet à leurs patients (83). D'autres mettaient **en garde** par rapport aux informations véhiculées par internet. D'après eux, il fallait toujours faire très attention et remettre en question ce que l'on lisait sur internet. Ils conseillaient aussi de toujours vérifier la source de l'information et sa fiabilité.

2.2.5. Attitude défensive

Une partie des médecins sentaient le besoin d'adopter une position défensive.

Dans une étude londonienne, une majorité de médecins généralistes avaient **peur de perdre le contrôle** de la consultation médicale et d'être perçu comme incompetent (126). Cela peut amener le médecin à avoir un comportement défensif.

Dans la thèse du Dr Bouchacourt, elle s'intéressait aux patients **Heartsink** (patient difficile) et sa prise en charge par les médecins généralistes (127). Les trois quarts des médecins se mettaient en position défensive. Elle a retrouvé six mécanismes de défense mises en place par les médecins généralistes : la négociation, l'affrontement, le repli, la soumission, le recours à un confrère et l'abandon de prise en charge. Pour se protéger les médecins n'hésitaient pas à céder aux demandes, en faisant des prescriptions. C'était le cas pour la moitié des médecins.

Pour d'autres, la meilleure des attitudes était de **prendre de la distance** et de ne pas se sentir affrontés personnellement par les patients internautes. En prenant du **recul**, ils diminuaient le risque de perdre le contrôle de la consultation. Une grande partie des médecins surlignaient l'importance de **la confiance en soi même et de ses connaissances médicales**. Pour eux, il fallait rester droit devant les patients internautes et ne pas se laisser désemparer par leurs questions et leurs propos.

Dans la thèse du Dr Faure (128), les médecins plus âgés avaient moins de conflits e-patient. Elle affirmait que quand le médecin était sûr de lui et avait de l'expérience, la relation avec le patient internaute était mieux vécue. Elle tendait vers un **enrichissement mutuel** et **une collaboration fructueuse**. Cela rejoint notre idée que le médecin doit être plus sûr de soi pour ne pas se laisser déstabiliser par un tel type de patient.

Des nombreux médecins dans notre étude conseillaient de ne pas se laisser perturber, de **garder son sang-froid** et ne pas montrer son stress. Ils faisaient face à l'imprévisible en restant polis, impassibles.

Galam et Dumas (129) expliquaient le **principe de la liberté de refus**. Pour pouvoir dire « **non** » clairement, il fallait prendre le temps d'écouter le patient, ensuite faire sa propre réflexion. Il fallait adopter un comportement assertif, tout en respectant les droits et volontés de soi-même en tant que médecin et celles du patient.

2.2.6. Attitude offensive

Certains médecins adoptaient une attitude plus radicale et affirmaient qu'il fallait mieux que le patient **change** de médecin si la relation de confiance n'était plus là. La confrontation stérile, sans résultat, ne permettait pas d'avancer. Le conseil de l'ordre des médecins autorise la possibilité de rompre le contrat de soin si le médecin traitant trouve que la confiance mutuelle n'est pas assurée.

Ils considéraient qu'il ne fallait surtout **pas céder** face aux demandes injustifiées des patients, ne pas prescrire par complaisance. D'autres n'hésitaient pas à **remettre le patient** à sa place et à s'affirmer en tant que médecin. Dans leur vision, le médecin devait rester maître de la conversation et de sa prise en charge.

2.2.7. Professionnalisme

Une partie importante des médecins restaient très objectifs devant les patients internautes, en se basant toujours sur leur interrogatoire et leur examen clinique. Ils soutenaient le professionnalisme, un interrogatoire complet et un examen clinique rigoureux. Ils expliquaient **l'importance de la clinique** et du contact direct avec le patient. C'est ce qui fait défaut à internet, la capacité de s'adapter aux particularités de chaque personne en ce qui concerne la santé. Certains médecins pouvaient rajouter des examens complémentaires pour avancer dans leur diagnostic ou pour s'orienter en fonction de ce que le patient apporte pendant la consultation. Un médecin dans notre étude proposait de **reprogrammer un rendez-vous** pour analyser les résultats des examens complémentaires. Cela lui laissait aussi le temps de se renseigner et de se mettre à jour. Dans l'étude de Cullen (130), un médecin sur trois proposait de rediscuter avec le patient lors d'une prochaine consultation.

Pour certains praticiens, c'était **l'expérience** qui permettait d'être un meilleur médecin et faire face à des situations diverses. C'était cette expérience qui pouvait faire défaut à Internet. Pour la construire et l'enrichir, ils conseillaient aussi la **formation continue**, toujours se renseigner et rester à jour avec l'évolution de la médecine.

Un autre conseil donné aux plus jeunes médecins était de **se remettre régulièrement en question sur leurs connaissances**. Ils conseillaient de garder une attitude réflexive sur leur savoir et accepter de se remettre en question, accepter de dire « je ne sais pas ». Ils considéraient que c'était normal de ne pas tout savoir et cela leur arrivait parfois de demander conseil à un confrère plus expérimenté ou plus spécialisé.

3. Perspectives et changements dans la pratique

3.1. Nécessité d'une formation complémentaire des médecins sur Internet

Un médecin de notre étude a proposé de rajouter dans les études médicales **une formation sur la téléconsultation, la gestion d'internet dans la consultation médicale et celle du patient internaute**. En 2009, on a introduit la notion de **développement professionnel continu** (131), qui regroupe la FMC (formation médicale continue), obligatoire depuis 1996 (132) et les évaluations des pratiques (133). Le DPC est obligatoire pour les professionnels de santé. Les études de médecine durent en France environ 10 ans. Il a été estimé que 50% du savoir est obsolète en 7 ans (133). La formation médicale continue mène à l'acquisition de compétences.

Les « **Groupes Balint** » (134) ont été mis au point par un psychiatre hongrois, Michael Balint. Leur activité consiste à faire des récits de la pratique quotidienne entre groupes de pairs. Cela se rapproche des RSCA (récit de situation complexe authentique) que le DUMG met en place dans le cadre de la formation des internes. Le Groupe Balint fait partie des enseignements disponibles à la faculté d'Aix Marseille.

Le Docteur Lucas, le président du CNOM en Mai 2010 a proposé une formation par les facultés de médecine sur les **TIC** (Technologie de l'Information et de la Communication) (79). Une proposition du conseil de l'ordre des médecins a été d'intégrer dans le cursus universitaire pour les futurs médecins des cours sur l'apprentissage des outils de communication (77).

Un des médecins de notre étude a proposé de profiter de la possibilité de **travailler avec des internes et des assistants** pour toujours discuter, confronter des idées et maintenir à jour ses connaissances.

Faire un travail avec plusieurs médecins permet de se tenir à jour et de pouvoir discuter de sujets complexes. Une **formation psychologique** pour la gestion des patients internautes serait intéressante en permettant de transformer la pression en participation constructive.

3.2. Un contrôle renforcé des informations disponibles

Quand nous avons parlé de la **certification du Hon Code**, quelques médecins connaissaient le concept et d'autres pas du tout. Un des médecins l'utilisait pour pouvoir conseiller à ses patients les sites fiables. En Novembre 2012, le Président de la Commission de l'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients à la HAS, s'est exprimé lors de la journée d'information organisée par le CNOM. Il souhaitait un **meilleur niveau de sécurité et de qualité** pour les utilisateurs de sites médicaux (135).

En Juillet 2013, le contrat d'accréditation n'a pas été renouvelé entre HON et la HAS. L'HAS a estimé que le bilan de cette certification n'était pas concluant. Il existait un très faible taux de connaissances de ce logo de certification par les patients et les professionnels de santé (136). La revue prescrire.org, qui existe depuis janvier 1981, dans l'article « Non merci », explique pourquoi elle n'affiche plus le HON Code depuis novembre 2010, alors que c'est un organisme agréé pour le développement professionnel continu utilisé par de nombreux médecins. Cela est dû à l'insuffisance qualitative du label (137). Aux États-Unis, la AMA (American Medical Association) qui gère le JAMA (Journal of the American Medical Association) a aussi créé des guidelines quasi-identiques au HON Code, pour permettre l'amélioration de l'information médicale sur Internet (138).

La HAS a mis en ligne un document à destination des patients et des médecins, un guide intitulé « Internet Santé : Faites le bon choix » donnant des conseils d'évaluation de fiabilité des informations médicales disponibles sur le web. Il préconise de ne pas écouter un seul avis et de multiplier les sources (139).

L'idée d'un **site internet fait par des médecins** est un sujet de plus en plus discuté. Le CNOM a proposé en 2010 un label ordinal pour les sites publiés sur Internet par des médecins (78). En 2014, le CNOM a publié une charte de bonnes

conduites pour mettre en conformité déontologique des sites webs faits par des médecins pour le grand public (140). 62% des français ont dit qu'ils iraient voir le site internet de leur médecin pour se renseigner et que 38% des français qui ne vont pas sur Internet pour se renseigner sur leur santé, pourraient aller voir le site de leur médecin (78). Malheureusement cela nécessite une charge de travail supplémentaire et une responsabilité médico-légale encore floue.

Une étude sur la Cyberchondrie suggère de développer des **algorithmes** pour mieux orienter les internautes vers des informations de qualité et couplées à des mises à jour régulières et validées (45). Une étude faite en 2016 a proposé la création pour les médecins généralistes, d'une liste de sites favoris et fiables à proposer aux patients (141). Dans une autre étude, une majorité des patients ont pensé que le professionnel de santé devrait suggérer des sites de santé fiables et même faire une ordonnance avec ces sites (142).

Sur la question de la **télé-médecine**, les avis des médecins de notre étude étaient mitigés. Une partie des médecins trouvait cela utile alors que d'autres trouvaient cela trop contraignant ou limité car ils ne pouvaient pas avoir le patient en face d'eux. Le **télé-conseil médical** est le moyen de mettre en contact un médecin et un patient via Internet ou téléphone. Elle fait partie de la loi de modernisation du système de santé de Janvier 2016 promulguant la télé-médecine (143).

On parle aussi actuellement de télé-expertise, qui permet aux médecins de demander le conseil d'un confrère spécialiste via internet, tout en se faisant valoriser leur travail.

L'HAS a mis en place **un guide E-santé & M-santé** en octobre 2019 (144) qui permet d'expliquer la téléconsultation. Dans ce guide, il y a 101 règles de bonnes pratiques. Elle fait la promotion des logiciels métiers certifiés permettant une sécurité et la préservation du secret médical.

Un auteur s'est penché sur l'idée des **moyens électroniques** pour approfondir l'échange entre le médecin et ses patients. Il proposait le courrier électronique pour faciliter la gestion du temps de la consultation. Il disait que les sujets redondants ou administratifs sont adaptés à la communication électronique et ne doivent pas parasiter le temps important médical de la consultation (145).

Le **SUN-ES** (Sécur Usage Numérique en Établissement de santé) a proposé très récemment en Octobre 2021, des messageries sécurisées citoyennes. Le DMP deviendra « **Espace Santé Numérique** » à partir de 2022, qui permettra au

patient de déposer des documents accessibles pour tous les médecins de son parcours de soins. Une étude de 2015 montre que la France est le pays en Europe avec le nombre de mails échangés entre médecin et patient le plus faible (environ 20% contre près de 50% pour le Danemark) (146).

Le Conseil de l'ordre des Médecins en Belgique met en garde la rupture de la relation professionnelle et le mélange de la vie privée et professionnelle, en utilisant entre médecins et patient via les réseaux sociaux (147).

3.3. D'autres pistes à explorer

Il serait intéressant d'étudier cette question de recherche du point de vue des médecins spécialistes car leur rapport avec le patient est en général moins familial et que le spécialiste peut être plus technique et plus intimidant pour eux. On pourrait aussi rechercher le point de vue des autres professionnels de santé comme le pharmacien ou les infirmières ou les kinésithérapeutes.

Ils n'existent pas assez de données sur l'existence du patient internaute dans les déserts médicaux versus les zones urbaines. Une telle différence engendrerait probablement une problématique abordée différemment par les médecins généralistes.

CONCLUSION

Internet est devenu l'accompagnant habituel du patient dans son parcours sanitaire et les médecins ont dû s'adapter à cette consultation à trois. Comment créent-ils la place pour ce nouvel acteur dans leur pratique quotidienne, quel est leur ressenti face à l'invasion d'une médecine virtuelle et comment gèrent-ils les patients internautes ? Voici la problématique traitée par notre étude et les questions auxquelles nous avons répondu.

Une partie des médecins ont aperçu internet dans leur relation avec le patient comme un intervenant avec un rôle globalement positif. Pour eux l'information apportée était bénéfique et le perfectionnement continu se faisait des deux côtés, pour finalement consolider la confiance et enrichir leur interaction avec le patient. Ils appréciaient les patients informés, qui jouaient un rôle actif dans leur prise en charge. Ils acceptaient comme tels le droit à l'information pour tous, la démocratisation contemporaine de la santé et la décision médicale partagée. Ils considéraient que internet leur permettait un partage enrichissant avec leurs patients, tout en conservant leur rôle de référent du savoir médical.

Une autre partie des médecins ressentaient un impact négatif de l'intervention d'internet dans la pratique médicale. Ils se sentaient constamment remis en question, dévalorisés, sous pression, obligés de se justifier. Tout cela mettait en danger leur statut de confident et de référent sur la santé. Les consultations avec des patients internautes étaient chronophages.

Une grande partie mettaient en garde sur la fiabilité des sources d'information médicale accessibles au grand public, qui pouvaient amener à une mauvaise compréhension et avoir un effet anxiogène injustifié.

D'autres problèmes ont été signalés par les médecins, des erreurs dans leur propre approche qui pourraient pousser les patients à faire appel à internet : un manque de temps, d'expérience, d'écoute ; des délais d'attente trop longs pour les consultations, versus des patients très demandeurs d'être rassurés et pour qui la santé doit s'aligner à l'ère de la vitesse.

En accord avec la société de consommation actuelle, les médecins se sentaient devenir des prestataires de services devant des patients-clients et la santé était

en train de devenir un objet de consommation. Cette nouvelle relation marchande est soumise à l'inflation par la demande.

Peu de praticiens ont affirmé que internet ne changeait pas leur pratique médicale ou qu'ils n'avaient pas de patients internautes.

Face à ces changements, des médecins ont dû s'adapter. Nous avons pu définir sept attitudes à adopter devant un patient internautes : l'accompagnement, l'adaptation « sur mesure », l'explication, la méfiance, l'attitude défensive, l'attitude offensive, le professionnalisme.

Des pistes restent encore insuffisamment explorées, comme la formation des médecins généraliste sur la gestion du patient internaute et sur la télémédecine, un meilleur encadrement de la certification des sites médicaux et un contrôle renforcé des informations disponibles.

Marseille, Le 26/10/21

Président du Jury

Pr Laurent BOYER



ANNEXES

1. Guide d'entretien

Guide d'entretien V7		
Nom	Prénom	Sexe
<p>Milieu/Mode d'installation : Ville (densité médicale sur SIRCE PACA) Mode : cabinet de groupe / seul / maison médicale pluriprofessionnelle Depuis combien d'années êtes-vous médecin généraliste : Nombre de Cs / J : < 20 / 20 – 30 / 30-40 / 40-50 / > 50 Avez-vous suivi une ou des formations continue/DPC/DU en 2018 ? (Si oui, sur quel sujet ?) Utilisation d'internet ?</p>		
<p>OBJECTIF : Triangulaire entre médecin-patient-internet. Point de vue du médecin. Objectif principal : Analyser le ressenti des médecins généralistes dans leur pratique au cabinet par rapport aux informations émanant du web santé Objectif secondaire : Analyser les stratégies mis en place par les médecins généralistes face à ce nouveau phénomène.</p>		
<p>Cas du Coronavirus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet (QUESTION BRISE GLACE) ? (Motif / état d'esprit du patient) - Par exemple avec le coronavirus ? Média ? Raoul ? Plaquenil ? 		
<p>Relation médecin patient : Positif ou Négatif ou Neutre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ? Avantages ? Inconvénients ? Ce qui ne change pas ? - Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ? - Les principales raisons de cette augmentation de fréquence ? Qu'en pensez-vous ? - Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ? - Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ? - Qu'est-ce que vous avez ressenti ? 		
<p>Patients vs Médecin ou Patient ET médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ? - De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ? Quelles sont les différences avec un patient lambda ? Meilleur ? Pire ? - Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ? - Sur le temps passé en consultation ? - Pensez-vous que votre savoir est remis en question ? - Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ? 		
<p>Stratégies du médecin généraliste :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ? - Quelles sont les changements que vous avez faits dans votre pratique ? - Que pensez-vous de l'intégration dans la formation des jeunes médecins ? - Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ? - Comment rassurez-vous les patients ? - Améliorer les sites patients ? HON Code ? 		
<p>Avez-vous des choses que vous voudriez ajouter ? Connaissez-vous des médecins qui seraient intéressés par ce questionnaire ?</p>		

2. Entretiens

MG1 :

Racontez-moi la dernière consultation avec un patient internaute ?

C'était un patient qui venait chercher un traitement homéopathique. Et qui voulait une certaine dose d'homéopathie qu'il avait vu sur internet.

Comment l'allez-vous appréhender ?

Avec bienveillance, aucun problème cela ne me dérange pas. Il faut faire avec de nos jours.

Pourquoi d'après vous le patient va chercher de plus en plus d'informations sur internet ?

Parce que cela se fait naturellement. On vit dans ce monde-là. La plupart avant de venir chez le médecin enfin je veux dire les jeunes principalement, pas les personnes âgées car ils y vont moins enfin parfois même des personnes âgées, vont chercher

des informations sur internet. Ils s'informent naturellement regarder si c'est vrai ou pas. J'essaye de discerner le vrai du faux. On essaie de faire la part des choses à vrai dire et cela ne me dérange pas.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation

Je pars du principe que les patients savent plus de choses s'ils vont sur internet avant. Je suis obligé d'en tenir compte et d'adapter mon discours au phénomène internet.

Sinon si quelqu'un vient me dire : "il faut mettre ce traitement dans cette maladie", je suis obligé de me situer par rapport à ça.

Est-ce que cela change votre prise en charge ?

Oui ma prise en charge a évolué depuis Internet. Cela fait 30 ans que je suis installé et elle a bien évolué. Nous sommes obligés si nous voulons être dans le coup.

Est-ce que cela a changé sur le temps de consultation ?

Non car je suis un obsessionnel de mon temps de consultation. Je me suis adapté en préparant mes ordonnances à l'avance et gagner du temps.

Est-ce que vous vous sentez manipuler depuis l'avènement d'Internet ?

Manipulé non. Remis en question oui. Je ne me sens pas personnellement manipulé mais je sens que les gens sont manipulés et peuvent me remettre en question.

Est-ce que vous les guider pendant leur recherche sur internet ?

Oui cela m'arrive de leur donner des noms de sites. Il ne faut pas qu'ils aillent n'importe où. Je préfère leur donner mes sources pour ne pas qu'ils aillent sur des forums quelconques.

Que conseillez-vous à un jeune médecin pour prendre en charge un patient qui est allé sur internet ?

Je lui dirai en premier de ne pas rejeter ça. Il faut comprendre que cela existe il faut en tenir compte, s'adapter et être dans un état d'esprit critique mais critique positive. Il m'arrive souvent de féliciter mes patients car ce sont des informations qui sont allés chercher sur internet et qui sont bien. Ou alors je leur dis que ce qu'ils ont trouvé c'est n'importe quoi

Cela m'arrive donc de critiquer de façon soit positive soit négative. Cela peut être constructif et un moyen de démarrer le dialogue avec le patient.

Est-ce que vous connaissez le Hon code ?

Non

MG2 :

Racontez-moi la dernière consultation avec un patient internaute ?

Cela m'arrive toutes les semaines de recevoir ce genre de patients, je suis de la vieille école et je ne connais pas beaucoup Internet. Toutes les semaines j'ai un patient qui arrive avec des questions alambiquées.

Comment avez-vous appréhendé ce genre de patient ?

Écoutez c'est très compliqué, on reçoit une très forte pression et c'est très dur à accepter. On est très souvent remis en question et je me sens comme le couteau sur la gorge. Le patient a une idée derrière la tête et il faut être ouvert à cette idée. Le plus important est de lui expliquer mais le souci derrière est au niveau médico-légal. Il faut se protéger tout en essayant de rassurer le patient. Ce que je ressens le plus est au niveau médico-légal car il y a une réassurance à avoir au niveau du patient. Le souci à l'avenir sera au niveau des plaintes avec par exemple aux États-Unis ou le taux de plainte a augmenté chez les médecins

Pourquoi d'après vous le patient va chercher de plus en plus d'informations sur internet ?

Essentiellement pour se rassurer et mieux apprendre sa pathologie.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation ?

Oui la consultation est plus longue mais ce n'est pas une consultation fois deux. On va plutôt rajouter cinq bonnes minutes par rapport à ce qu'il a pu lire sur internet.

Est-ce que vous avez besoin de rassurer les patients ?

Oui il faut le rassurer mais c'est surtout le fondement de la relation médecin-patient une relation de confiance qu'il faut établir avec son patient et malgré qu'il aille sur internet, il a toujours confiance dans son médecin. C'est ce qui est pour moi la base d'une bonne médecine.

Est-ce que cela influence votre prise en charge ?

La prise en charge ne change pas plus.

Est-ce que vous les guider pendant leur recherche sur internet ?

Non je ne les conseille pas et je leur conseille aucun site en particulier car je vais très rarement sur internet.

Est-ce que vous vous sentez remis en question

Oui on se sent remis en question.

Que pensez-vous de la télémédecine ?

Pour moi c'est quelque chose d'utile. Par contre j'ai eu récemment un patient qui est venu pour un renouvellement d'ordonnance et chez qui je lui ai diagnostiqué un nodule thyroïdien donc on se retrouve avec un défaut de la télémédecine car sans l'examen clinique en réel j'aurais pu passer à côté. C'est un danger pour le retard diagnostique.

Que conseillez-vous à un jeune médecin pour prendre en charge un patient qui est allé sur internet ?

Il est vrai qu'il y a de plus en plus de cas de patient internaute. Je pense que le plus important est d'avoir confiance en soi. Il faut rassurer son patient mais que "chacun son métier" le patient a le droit d'aller sur internet mais le médecin reste garant du savoir et il doit guider son patient. Prenons l'exemple d'un patient qui pense avoir une tumeur cérébrale on commence par des diagnostics faciles puis en fonction des résultats on adapte avec des examens complémentaires de plus en plus poussés. On ne va pas chercher le plus compliqué d'abord.

Est-ce que vous connaissez le Hon code ?

Oui j'avais entendu parler dans le Quotidien du médecin, c'est un site qui référence les bons sites médicaux.

MG3 :

Racontez-moi la dernière consultation avec un patient internaute ?

J'ai eu un patient récemment qui souffrait d'une hydrocèle au niveau du testicule et qui avait imprimé le collège national d'urologie. Les 14 pages avec le diagnostic et les traitements. J'avoue avoir été pris de court et je ne savais pas quoi répondre. J'étais très déstabilisé et je lui ai demandé si je pouvais prendre ses documents. On sentait que le patient maîtrisait mieux le sujet que moi. On a ensuite refait le point ensemble avec le patient. A l'examen clinique j'ai pu confirmer le diagnostic et je lui ai prescrit l'échographie avec ensuite un rendez-vous avec l'urologue.

Pourquoi d'après vous le patient va chercher de plus en plus d'informations sur internet ?

Car c'est plus facile d'aller chercher les informations sur internet que de prendre rendez-vous avec le médecin. Ils ont le téléphone, la tablette, l'ordinateur et pour eux c'est plus pratique pour se rassurer rapidement. Je pense que nous vivons dans une société de consommation et que le soin devient une consommation comme une autre et on veut tous très rapidement. Le patient utilise pour avoir moins peur et se rassurer très rapidement. C'est l'inconnu qui fait peur au patient.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation ?

Nous sommes moins dans une relation paternaliste avec le patient qui est ignorant et le médecin qui a le savoir. Le patient a une certaine connaissance pas forcément la bonne mais on peut travailler en équipe. Il faut essayer de faire le point ensemble et de trouver la meilleure solution possible. Il m'est arrivé plusieurs fois d'apprendre des choses que je ne savais pas par un patient. La connaissance qu'amène le patient rend la conversation beaucoup plus intéressante, active et productive.

Est-ce que vous pensez qu'un patient qui va chercher des informations sur internet est mieux impliqué dans sa prise en charge ?

Il est plus impliqué dans sa propre prise en charge. Malgré cela on retrouve dans des forums des témoignages bizarres qui peuvent faire paniquer le patient inutilement. Dans ce genre de forum on peut retrouver énormément d'émotionnelle et de subjectivité.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation ?

Cela peut influencer ma prise en charge si l'information que le patient à chercher est en accord avec mes connaissances actuelles par exemple s'il cite un collège national ou une recommandation de l'HAS ou LeCrat ou Orphanet.

Un sujet d'actualité par exemple un patient m'a appris qu'un médicament avait été sorti du marché. Je pense qu'il faut être ouvert d'esprit et il ne faut pas être buté si un patient amène une information qu'on ne savait pas.

Est-ce que cela a changé sur le temps de consultation ?

Un patient qui vient avec ses propres recherches sur internet aurait beaucoup plus d'information et d'interrogation et on aura tout de suite un temps de consultation beaucoup plus long. Il y a un temps supplémentaire pour un tri de l'information et à part enlever du temps médical nous sommes obligés d'augmenter notre temps de consultation.

Avez-vous besoin de rassurer les patients ?

Oui il faut rassurer le patient car souvent il a vu le pire diagnostic sur internet. Il faut reprendre son dossier avec les antécédents ses symptômes et faire la part des choses. Prenons l'exemple du malaise est-ce que c'est un malaise vagal est-ce que c'est une lipothymie ou est-ce que c'est une hypoglycémie cela peut être tellement de choses différentes.

Est-ce que vous les guider pendant leur recherche sur internet ?

Je leur conseille par exemple LeCrat pour toutes les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. Il référence les médicaments qui sont tolérés pendant la grossesse. Je leur conseille également l'HAS ou le site Ameli pour les quelques fiches résumé pour les patients. Je leur conseille également les fiches d'internet sur leurs pathologies, je m'explique j'ai remarqué que les fiches résumées des ECN sont précises avec de bonnes sources qui permet de mieux comprendre sur les maladies chroniques exemple le diabète.

J'avais un patient atteint d'un myélome multiple osseux à qui j'ai conseillé l'item pour lui faire comprendre pourquoi on avait fait cet examen quel était le traitement et qu'est-ce qu'on attendait, les symptômes, les complications et cetera. Le patient est mieux informé et nous en remerciant.

Vous avez des difficultés à gérer un patient informé ?

Le plus difficile c'est si la confiance entre le patient et le médecin est atteinte.

Le risque, c'est s'il n'y a plus de confiance entre le patient et le médecin et ils sont alors dans la confrontation et nous exposons alors deux idées différentes et cela prend plus de temps. Cela est plus difficile à rattraper.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Je pense que dans notre métier il faut se remettre en question. La médecine dis à 20 ans était différente de celle de maintenant. Une chose très bien est d'avoir un interne avec nous est cela nous remet en question car ils nous tiennent à jour des différentes recommandations de santé. Quand nous sommes seuls c'est plutôt le patient qui nous remet en question.

Vous sentez-vous manipulé ?

Certains types de patients nous manipule, ce sont ceux qui se sont déjà renseigné sur Internet et qui veulent avoir l'examen qu'ils ont lu sur internet. Comme si on était au marché. On demande son examen de santé. On se sent remis en question et on doute de la confiance que nous accorde le patient.

Que pensez-vous de la télémédecine ?

Je pense que c'est l'avenir avec bien sûr des limites. Peut-être qu'avec la nouvelle réforme avec les assistants médicaux nous pourrions par exemple leur permettre d'aller sur place et faire certains gestes et nous pourrions vérifier à distance.

Que conseillez-vous à un jeune médecin pour prendre en charge un patient qui est allé sur internet ?

Je pense que le meilleur conseil est de maintenir cette relation de confiance entre le médecin et le patient. Je pense que quand cette relation de confiance n'existe plus il vaut mieux changer de médecin car nous serons toujours dans la confrontation de deux idées qui n'avancerait plus.

On pourrait par exemple lui conseiller une deuxième opinion ?

Je pense que pour un spécialiste on peut avoir une deuxième opinion mais s'il s'agit du médecin traitant je pense que c'est compliqué de prolonger avec le statut de médecin de famille.

Et dans votre utilisation personnelle d'Internet, avez-vous confiance ?

J'utilise très régulièrement internet et je me suis inscrit à différentes revues tel que Prescrire. Je consulte très régulièrement l'HAS et Amélie pour me tenir à jour de différentes nouveautés. Par exemple Wikipédia, nous avons accès à une connaissance gigantesque. Là où le danger c'est sur des forums là où les gens se disent médecin et conseillent à des patients en quête de connaissance des informations erronées. Il n'y a aucune hiérarchie de l'information, chaque utilisateur a le même poids et c'est souvent le pire que le patient retient.

Est-ce que vous connaissez le Hon code

Oui c'est un site qui référence les bons sites médicaux.

MG4 :

Racontez-moi la dernière consultation avec un patient internaute ?

Par exemple justement la patiente avant vous a recherché des informations sur Internet car elle était en burn out. Il cherche souvent n'importe quoi.

Comment l'avez-vous appréhendé ?

Bien car on a l'habitude et on sait quoi répondre. Enfin sur ce sujet-là, je savais quoi répondre. Je lui ai dit que sur internet tout n'était pas fiable et elle l'a bien compris.

Pourquoi le patient va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que c'est facile et accessible. Maintenant le patient vient voir le médecin comme s'il allait à Intermarché. Il vient consommer de la médecine et il se renseigne avant pour savoir ce qu'il faut.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation ?

Pas beaucoup je dirais. Souvent on sait ce qu'ils vont chercher. Avec l'habitude et ma pratique des urgences je sais quoi répondre. Ce n'est pas parce qu'ils ont vu une information sur internet que cela va influencer ma prise en charge. Par exemple ce n'est pas parce qu'ils ont vu qu'il pouvait avoir une tumeur cérébrale qu'ils vont avoir leur scanner.

Et sur votre prise en charge ?

Non car cela ne change pas mon diagnostic.

Et sur le temps de consultation ?

Oui c'est embêtant et le plus énervant, cela dépend si on peut démonter rapidement leurs arguments cela va vite mais certains sont les pro d'internet et ils ont toujours réponse à tout et leur argumentaire est très bien construit et c'est plus difficile de leur faire entendre raison.

Est-ce que vous les guider pendant leur recherche ?

Non pas trop mais par exemple pour les femmes enceintes j'utilise LeCrat. Je leur conseille certains sites mais très particulier.

Est-ce que vous pensez que votre savoir est remis en question ?

Des fois oui car on peut se dire que on n'y avait pas pensé avant qu'il nous le propose.

Que pensez-vous de la télémédecine ?

On en fait déjà par exemple quand le patient nous appelle avec tel symptôme et qu'on le guide par téléphone. Je n'aime pas trop car je pense que pour être un bon médecin il faut voir le patient.

Que conseillez-vous à un jeune médecin pour prendre en charge un patient qui est allé sur internet ?
Il faut être sûr de soi sans avoir le melon. Être sûr de son diagnostic mais surtout écouter les gens.

Et votre utilisation professionnelle d'Internet ?
Je l'utilise pour la télétransmission. Je l'utilise par exemple avec Google images pour la dermatologie.

Connaissez-vous le HON code ?
Non, je ne connais pas le HON code.

MG5 :

Racontez-moi la dernière consultation avec un patient internaute ?
Je les ai souvent le lundi matin catastrophé car ils ont vu des informations sur internet le weekend. Après je leur dis il y a de tout sur internet avec du vrai du faux et il faut faire attention. Ils peuvent regarder mais il faut qu'il m'en parle ensuite et on en discute. Des fois ils disent « c'est ce qu'on m'a dit », ils ne vont pas forcément que sur internet ils vont aussi voir d'autres médecins. Ils ont besoin d'être rassuré. Je leur dis de faire très attention sur internet. Cela me rappelle une patiente cet après-midi qui m'a dit qu'elle n'était pas aller sur internet pour ne pas avoir peur.

Comment l'avez-vous appréhendé ?
Moi cela ne me gêne pas car j'y vais souvent. Le plus difficile pour eux c'est de bien choisir l'information. Avant il y avait un logo HAS santé et je leur montre ce logo et s'il le trouve sur le site je peux leur dire qu'ils ont confiance dans ce site. J'essaie de les orienter un petit peu avec par exemple pour les femmes enceintes je leur conseille LeCrat.

Vous avez d'autres sites que vous leur conseillez ?
Je n'en ai pas d'autre mais pour moi par exemple j'utilise Antibiocliv.

Pourquoi le patient va-t-il chercher des informations sur internet ?
Peut-être parce qu'on n'a pas le temps de leur parler et qu'on ne leur parle pas assez. J'essaie de le faire mais parfois il n'ose pas poser d'autres questions où certaines questions par exemple si c'est des hommes sur leur intimité. Parfois ils vont regarder les informations après la consultation pour vérifier ce que j'ai dit. Je peux les comprendre, certains ont vu des spécialistes qui ne les ont même pas examinés. Il se méfie sur le médecin s'il est allé un peu trop vite, même si on essaie de prendre le temps et de faire attention. C'est peut-être de notre faute.

En quoi l'utilisation d'Internet influe-t-il sur votre consultation ?
Cela ne change pas le temps car je prends le temps pour mes patients même quand il y a du monde j'essaie de les écouter. Je leur fais répéter pour savoir s'ils ont bien compris. J'essaie de comprendre les informations qu'ils ont récupéré et de leur expliquer du mieux possible. Je leur dis si je suis d'accord avec ce qu'ils ont trouvé ou pas. Le plus important c'est qu'on en discute.

Est-ce que cela change-t-il votre prise en charge ?
Le plus souvent je leur dis que je leur propose tel traitement. Par exemple cela m'arrive de ne pas donner des médicaments et je leur explique pourquoi. Je leur explique les effets secondaires. Je me rends compte que je discute longtemps avec eux.

Est-ce que vous les guidez pendant leur recherche ?
Cela m'arrive même d'aller avec eux, pendant qu'ils sont avec moi en consultation. Je vais avec eux sur le site où ils sont allés et je leur explique ce qu'ils ont vu pendant la consultation. Il y en a beaucoup qui vont sur Internet mais peu me le disent pendant la consultation. Par exemple pour le vaccin Gardasil, les patientes étaient très inquiètes.

Est-ce que vous pensez que votre savoir est remis en question ?
Sans arrêt, je me remets souvent en question. Il ne faut pas se prendre pour le maître du monde. Il faut discuter avec eux et se remettre en question car ils peuvent nous apprendre des choses.

Est-ce que pour vous il y a une conséquence sur la relation médecin patient avec internet ?
Je suis content qu'il aille sur internet. Le plus important c'est qu'il m'en parle par la suite. Après c'est eux qui décident, pour moi cela ne me dérange pas internet.

Que pensez-vous de la télé médecine ?
Cela peut être très bien, par exemple pour les maisons de retraite cela peut être intéressant car il y a moins de médecin. Après c'est difficile de le soigner à distance. Pour moi ça me fait peur. Après je vois par exemple pour le SAMU qui donne des conseils par le 15, je n'aimerais pas être à leur place.

Que conseillez-vous à un jeune médecin pour prendre en charge un patient qui est allé sur internet ?
Jamais être contre dans ce qu'ils vous disent. Je leur dis que c'est bien qui se soit renseigné après je leur explique ce que moi j'ai appris avec mes connaissances et mon expérience. Je leur dis de faire attention car il y a des informations fausses mais je ne leur dis pas de ne pas y aller du tout mais d'y aller et ensuite d'en discuter ensemble. Cela me rappelle que quand j'étais un jeune médecin que le patient en savait souvent plus que moi avec par exemple des maladies chroniques comme le diabète ou l'insuffisance rénale. Avec l'expérience on est beaucoup plus sûr de soi mais il m'arrive encore d'en apprendre tous les jours. Il faut les écouter et ne pas avoir peur de dire " je ne sais pas", j'appelle un confrère et je vous tiens au courant de ce qu'il me dit. Il faut éviter de dire « oui, oui on fait comme ça » alors qu'on est pris de court. Prendre le temps, ne pas hésiter à dire je ne sais pas et prendre l'avis d'un confrère. On ne sait pas tout. Même moi à mon âge je ne sais pas tout il m'arrive souvent d'appeler des confrères pour leur demander un avis.

Connaissez-vous le HON code ?

Oui je connais ce logo, c'est le fameux petit logo. C'est celui que je conseille à mes patients.

MG6 :

Parlez-moi un peu des patients internautes

En premier il faut garder son sang-froid et démêler le vrai du faux. Leur expliquer que sur internet tout n'est pas juste. Il y a des patients qui cède facilement et d'autres où il faut argumenter pendant longtemps pour donner la bonne prescription aux patients et non pas ce qu'il voulait au départ.

Il m'est arrivé une ou deux fois à la fin d'une consultation : "Écoutez maintenant vous avez tous les éléments en main, si vous n'avez pas confiance en moi, Faites comme vous voulez".

C'est quand même assez rare, les gens en général sont assez facilement convaincu par les explications médicales qu'on leur fournit.

Quelles sont les conséquences au niveau général dans votre relation avec le patient ?

Sur le moment ce n'est jamais très agréable d'être remis en question, de mettre notre parole en doute. On est plus ou moins formé à tout entendre à tout voir et à rester impassible.

La plupart du temps ça se passe bien et on ne leur en tient pas rigueur.

Y-a-t-il des avantages ou des inconvénients que le patient est fait des recherches sur Internet ?

La consultation est plus longue et plus pénible. Le patient a l'impression de tout savoir. Parfois ils sont informés correctement et parfois ils se sont mal informés et c'est très difficile de leur faire comprendre que ce que ce qu'il raconte c'est faux. Après pour moi, c'est un peu biaisé en nutrition et en esthétique car sur internet il y a beaucoup de choses fausses. Parfois c'est de véritables croyances qui sont fausses.

Pourquoi le patient va-t-il chercher des informations sur internet ?

C'est dans l'air du temps, je pense que maintenant comme avant quand on faisait une recherche pour un maçon ou pour un plombier, on prend des renseignements sur le médecin maintenant. Je ne vais pas beaucoup sur les réseaux sociaux et je n'en ai pas mais je sais que des patients viennent me voir car ils ont vu des informations sur les réseaux sociaux.

Est-ce qu'avec le coronavirus, vous avez eu plus de patients comme ça ?

Je n'ai pas eu plus de consultations avec le coronavirus par contre je remarque avec la télé consultation, les consultations étaient plus longues car les patients étaient très inquiets.

Est-ce que vous vous êtes senti remise en question ?

Oui il m'arrive d'être remis en question. Nous n'avons pas la science infuse.

Même en faisant les formations régulièrement il arrive toujours que des patients nous apprennent plein de nouvelles informations, un nouveau médicament qui vient de sortir. Pas de réelle remise en question totale du patient mais une ouverture au dialogue. Ils nous apprennent de nouvelles choses.

Comment cela change-t-il votre prise en charge ?

En règle générale, il m'arrive de beaucoup parler avec le patient et d'argumenter ma prise en charge. Dans notre spécialité, il faut expliquer le mieux possible au patient. Il m'arrive d'argumenter plus longtemps quand le patient est réticent. Le plus difficile est de ne pas céder quand l'argumentaire est faux. Le patient peut tout à fait aller voir un autre médecin qui peut-être lui fera la prescription qu'il demande. Il faut qu'on travaille en notre âme et conscience et de ne pas prescrire des médicaments de complaisance ou des examens pour arranger le patient.

Avez-vous remarqué un changement d'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Non je n'ai pas remarqué de changement depuis l'arrivée d'Internet. Les patients allaient avant dans les magazines. On va dire que c'est plus facile d'accès mais on a toujours eu des patients qui étaient hyper renseignés qui savaient le traitement le diagnostic ce qui était le mieux pour eux.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer des patients internautes ?

En premier, c'est de rester zen. Ce n'est jamais très agréable de recevoir un patient qui s'est déjà tout avant de vous avoir vu. On peut avoir l'impression qu'il est au supermarché et qu'on vend des tomates ou des concombres. C'est très désagréable au vu du nombre d'études qu'on a fait. En premier c'est de garder son sang-froid et d'expliquer que soit il a la bonne information soit il est dans l'erreur et de le guider au mieux possible. Bien lui expliquer que sur Internet il peut y avoir des choses fausses et qu'il faut qu'on en discute ensemble. Le pilier primordial est d'avoir une véritable relation de confiance avec son patient. Il faut prendre le temps de les écouter.

Est-ce que vous leur conseillez des sites en particulier ?

Je leur conseille des sites de recettes ou comment gérer son diabète.

Quand ça dure très longtemps la consultation, je leur donne des sites pour accélérer la consultation et qu'ils puissent faire leurs propres recherches.

Est-ce que vous connaissez le Hon code ?

Non pas du tout, je ne connais pas le Hon code.

MG7 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient a dit être aller chercher des informations sur Internet ?

Je n'en ai pas tant que ça des patients internautes. Cela m'arrive quand on évoque un diagnostic ou quand je ne sais pas ce qu'à le patient. Le patient peut m'évoquer quelque chose qu'il a vu sur internet. En tout cas c'est quelque chose que je ne prends pas mal et même que je ne prends jamais mal. À partir de la fois où le patient m'a dit qu'il a vu quelque chose sur Internet, des notions que je ne saurais pas et je ne le prends jamais mal. Pour moi c'est une véritable ouverture au dialogue et un moyen pour le patient de s'exprimer. C'est pour moi une façon de discuter avec le patient. C'est quelque chose de positif et si je suis en accord avec le patient de ce qu'il me raconte je le suis dans sa démarche. Je vais prescrire ce qui me propose si je suis en accord avec ce qu'il dit. Je discute avec lui et surtout je construis avec lui. On travaille en équipe. Pour moi c'est véritablement un début de phrase et avec le patient je construis le reste de la phrase.

Quelles sont pour vous les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Dans mon cas en particulier je ne considère pas que ma patientèle soit très internaute. Je parle beaucoup avec mes patients et j'essaie de rester proche d'eux. J'essaie d'être constructif avec eux. Je ne m'oppose jamais je trouve cela contre-productif. Le point positif c'est qu'ils peuvent m'aider à trouver un diagnostic plus facilement que si j'étais tout seul. Pour moi cela me paraît constructif sur l'aide diagnostic. Je ne vois pas cela comme quelque chose qui va intervenir sur mon boulot, sur ma décision, sur ma prise en charge. Je ne suis pas du tout dirigiste. Je suis ouvert à tous, j'estime ne pas savoir tout et loin de là. A l'opposé bien sûr si des patients devait arriver et m'imposer ça et ça ou je veux ça et ça. Là je lui ferai comprendre que ça ne va pas le faire et là il faut qu'il change de médecin traitant. Parce que là on ne peut pas avancer ensemble. Mais je ne vis jamais cette situation-là.

Un autre point positif : Cela permet d'échanger tout simplement.

Me faire penser à des diagnostics que je n'avais pas pensés vraiment.

J'extrapole cela encore plus loin, encore plus loin qu'Internet, c'est la même chose que mon cousin m'a dit quelque chose.

Est-ce que vous trouvez que la consultation était plus longue ?

Non pas à ma connaissance. Soit ça me permet d'avancer et cela fait partie de la consultation soit on perd du temps mais la plupart du temps mes arguments lui font comprendre rapidement que ce n'est pas bon.

Est-ce que cela change l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Je pense que oui. S'il fait ça, c'est qu'il y a un blocage quelque part. Il ne regarde pas sur internet pour une angine par exemple. Il ne me prend pas la tête. Par contre pour des diagnostics plus difficiles, oui on voit qu'il y a une réelle recherche du patient. Il va arriver avec ses recherches et me les exposer et me demander "qu'est-ce que vous en pensez docteur", "j'ai vu ça et que ça pouvait donner ça" avec toujours en demandant à son médecin ce qu'il en pense.

Comment utilisez-vous les informations du patient venant d'internet ?

J'essaie d'abord de les comprendre. Savoir si on est dans le bon contexte ou dans quelque chose de complètement délirant dans sa clinique à lui. Encore une fois si je suis en accord avec lui on attaque un travail ensemble et on collabore. S'il me parle de quelque chose que j'ignore totalement, moi-même je vais faire mes propres recherches pour me renseigner sur le sujet et selon le sujet, orienter le patient car si c'est un diagnostic compliqué je l'oriente vers le spécialiste adéquat. J'estime que mon rôle et celui d'un aiguilleur.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Cela pourrait être un point négatif pour certains mais pour moi pas du tout. Ils ne viennent pas me voir avec ce côté négatif. Et j'arrive à ce constat d'une façon assez simple, c'est que s'il me remettait totalement en question, il ne viendrait pas me voir il n'aurait pas besoin de moi. Il ne viendrait pas alors me voir et il me déniait totalement. Je le vois comme une ouverture au dialogue et une véritable relation de confiance en travaillant ensemble.

Qu'est-ce que vous conseillerais à un jeune médecin face à des patients internautes dans la façon de les gérer ?

De discuter avec eux et de parler avec eux. Avancer des arguments pour leur expliquer les problématiques de notre métier. Leur expliquer que dans notre métier il faut prendre des décisions et surtout de bonnes décisions. Le plus important est de parler et de discuter.

Il ne faut pas avoir peur du procès, il faut qu'ils comprennent notre état d'esprit. De savoir qu'on est là pour les aider et qu'ils comprennent notre cheminement. Même si on fait des erreurs il faut discuter avec eux pour qu'ils comprennent comment on a réfléchi. Que l'on travaille pour eux et même si on se trompe, s'ils comprennent qu'on a travaillé pour eux tout se calme. Je vois beaucoup de spécialistes qui ne prennent pas le temps de discuter avec le patient et c'est souvent ce que l'on leur reproche. Ce qui nous manque le plus c'est du temps.

Est-ce que cela vous est déjà arrivé de les guider sur des sites en particulier ?

Je pense que cela a pu m'arriver. Je n'ai pas d'exemple en tête mais il m'est arrivé de conseiller des articles pour des pathologies en particulier.

Avez-vous senti des changements dans votre prise en charge ?

Non car je suis jeune médecin et je suis né avec Internet. Je ne me rends pas vraiment compte si les patients internautes viennent me voir mais peut-être qu'après notre entretien je vais faire plus attention à ça. Je leur fais comprendre que je ne suis pas fermé à cet outil.

MG8 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Je me rappelle d'un patient qui était contrarié par un grain de beauté. Il a vu sur Internet les règles ABCDE sur comment reconnaître un naevus atypique. C'était très intéressant de faire de l'éducation à mon patient.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Je pense que l'arrivée d'internet renforce le savoir du patient. L'inégalité dans la relation est moins disproportionnée. Les patients régulièrement nous apprennent de nouvelles choses. Bien sûr il arrive que les informations soient fausses et que l'on perde du temps en explication. Mais il y a la plupart du temps un vrai débat d'idées. Ils viennent voir le médecin pour voir s'ils valident leur information.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Il y va essentiellement pour se rassurer. Il veut se renseigner pour apprendre plus pour sa maladie surtout pour les chroniques.

Les principales raisons de cette augmentation de fréquence ?

C'est dans l'air du temps. Les gens vont sur internet comme ils iraient pour tout et n'importe quoi. On consomme de la santé comme on irait faire son drive.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

Des gens angoissés qui n'ont plus confiance dans leur médecin. Il y a une perte de confiance quand Doctissimo revient.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

J'avoue avoir été sur la défensive au départ puis je me suis adapté. C'est dans notre monde et il faut l'accepter. Il faut être dans une mesure d'écoute et ne pas se braquer.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

La plupart du temps l'information n'est pas correcte. Il faut la reformuler et leur faire un tri de ce qu'ils ont vu.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Cela m'arrive qu'ils m'apprennent de nouvelles notions. Ce n'est pas gênant mais quelque fois frustrant. Nous avons fait beaucoup d'études et finalement des fois le patient peut se dire que c'est facile la médecine.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Le patient est plus impliqué s'il cherche de façon constructive et qu'on en discute après. Le principal souci est l'angoisse que cela peut générer.

Sur le temps passé en consultation ?

Ce genre de patient est certes plus chronophage mais je pense qu'en les éduquant bien, on peut gagner du temps sur le long terme.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Bien sûr, il est remis en question pour chaque patient qu'importe si ceux sont des patients internautes. C'est quelque chose d'important dans notre métier. Rien n'est acquis.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Il n'y a pas plus de conflit avec internet. S'il y a conflit, il arriverait même sans. Internet est au même titre que mon voisin ou « on m'a dit ». Bien sûr que cela prend plus de temps pour nous d'expliquer et de contredire les idées reçues. Il est rare que le patient nous dise qu'il est allé sur internet avant la consultation.

Que conseilleriez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

Le plus important est d'avoir confiance en soi. Même si le patient pense avoir raison, il vient quand même voir son médecin pour avoir confirmation et en parler. Internet ne peut pas le rassurer complètement. C'est très impersonnel.

Quelles sont les changements que vous avez faits dans votre pratique ?

Il faut s'y faire et s'adapter. Le patient n'est plus une personne profane qui ne connaît rien. La démocratisation de la santé a permis pour quiconque qui c'est chercher des informations sur internet de se renseigner sur des sujets très complexes et apprendre.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Je n'ai pas de sites à leur conseiller en particulier. Pour les femmes enceintes j'ai LeCrat. Je leur dis surtout de faire attention.

MG9 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Je vais être un peu misogyne c'est souvent des femmes souvent des gens angoissés et anxieux. On ne peut pas encore parler d'hypocondriaque car on ne les connaît pas assez. Ceux sont des patients qui sont anxieux, ils n'ont confiance en personne. Je pense que c'est à cause des informations qui nous arrivent et qui nous submergent. Avec le coronavirus j'ai eu beaucoup de demandes mais je n'ai pas cédé.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Le médecin doit rester maître de la conversation et il ne doit pas se braquer sur un patient. Il faut le comprendre et il faut se mettre à sa place. Il n'a pas notre savoir et pas notre réflexion sur le sujet. Donc il faut aller dans son sens et progressivement défaire le sac de nœud qu'il nous a ramené.

Des avantages ? Ce qui ne change pas ?

Non, ce n'est pas bon car l'information est biaisée, trop sélective.

C'est plus difficile pour nous. Le patient part dans la gravité, il a une information qui lui a fait peur, il vient avec son idée de cancer dans la tête alors que ce n'est pas grave. Il ne vient jamais dans la bénignité.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que nous sommes dans un système que l'on veut tout, tout de suite. On va au McDo on veut son sandwich et tout de suite, on va faire ses courses et aller vite. C'est le "tout va vite".

Quelles sont les sites qui reviennent ?

Doctissimo, ils vont sur Google avec des mots clés.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Je suis quelqu'un qui prend de la distance. Je suis un ancien urgentiste, un ancien addictologue et j'ai appris à gérer le stress. Chacun travaille à sa façon.

Quand j'étais jeune médecin je n'avais pas le recul et l'expérience. Ce n'est pas parce qu'on a fait 10 ans de médecine que l'on c'est tout sur tout.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Je les prends, je les analyse et je les filtre. Il faut reprendre l'info une par une.

Il faut lui prouver aujourd'hui ce n'est pas un diagnostic qu'il faut mais c'est une démarche qui amène au diagnostic.

Sur le temps passé en consultation ?

Non ce n'est pas plus long, il faut aller à l'essentiel, on ne va pas lui faire un cours de médecine en un quart d'heure.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Ça dépend de l'information que vous lui avez reflétée. Si vous l'avez rassuré, vous êtes tranquille et il est dans une relation de confiance et il s'est lié à vous. Il va s'arrêter de chercher et ne pas aller voir dix médecins par la suite et il ne finira pas hypocondriaque.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Non il faut s'attendre à tout dans la médecine tout est possible. La médecine c'est de l'imprévisible. Il peut y avoir des patients qui insistent pour avoir l'examen qu'ils demandent et il faut leur tenir tête. Il y a des gens qui viennent que pour ça.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

Il faut de l'expérience, du recul, de la patience. Il faut de la psychologie et ce qui manque souvent dans la formation des jeunes médecins. Je conseillerais qu'il faut faire du théâtre qu'il faudrait l'intégrer dans les études de médecine. Ressortir le Médecin malgré lui de Molière.

Quelles sont les changements que vous avez faits dans votre pratique ?

Ça n'a rien changé dans ma pratique. Je pense qu'il faut s'adapter tout le temps. Les choses sont faites pour changer et c'est à nous aussi de nous adapter. On doit s'adapter à la modernité que cela soit Google ou Doctissimo.

Que pensez-vous de l'intégration dans la formation des jeunes médecins ?

La consultation est une pièce de théâtre et il faut jouer des choses. C'est un échange la consultation. Certains médecins n'ont pas été préparés à parler avec des patients. En moyenne je fais 15 consultations par demi-journée, passer du vieillard au petit enfant on doit s'adapter. Il faut mettre un nouveau costume. S'il y a un mot à noter c'est l'adaptation. Si on ne s'adapte pas dans la médecine on est mort. Dans tous les domaines que cela soit dans la technique ou la technologie où dans le rapport avec le patient que cela soit dans la parole toujours s'adapter.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Non pas du tout, le seul que j'utilise c'est LeCrat. Je l'utilise à tous les femmes enceintes.

Comment vous les rassurer ?

C'est votre discours qui les rassure et pas de la technique. Il ne faut pas être technique. Si vous êtes trop technique vous êtes mort. Il faut être cru et humain. Il faut s'adapter avec leur mot à eux. Le maître mot c'est adaptation et théâtre. Les mots ont beaucoup de pouvoir et si vous maîtrisez les mots vous êtes le maître. On est maître du mot que l'on retient et l'esclave du mot que l'on a prononcé.

MG10 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

C'était un patient qui avait la cinquantaine qui me demandait un bilan sanguin car il avait vu qu'il fallait faire le PSA à partir de 50 ans sur Internet.

Et avec le coronavirus ?

Tout le monde avait des avis mais il venait quand même chercher les informations auprès de nous médecins.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

C'est sûr qu'avec Internet les gens arrivent avec des avis tranchés et définis que parfois on est obligé d'ajuster et de corriger. Il arrive souvent avec leur demande et leur diagnostic. Ils savent ce qu'ils ont ils ont et ils ont leur diagnostic. Ils savent comment les traiter, quel examen il faut faire.

Et après c'est à nous de réajuster le diagnostic soit de préciser avec des examens complémentaires.

Avantages ? Inconvénients ?

Il y a des avantages car ils ont déjà entendu parler de quelque chose et ils ont déjà une pré-connaissance et donc cela passe beaucoup mieux. Quand par exemple on va leur faire passer un examen complémentaire, ils sont déjà prévenus et ils ne tombent pas des nues. Comme un inconvénient il peut y avoir des réticences quand on ne donne pas les examens qu'ils demandent et donc ils peuvent remettre en doute notre connaissance de la pathologie qu'ils pensent avoir.

Ce qui ne change pas ?

Ils ont toujours confiance dans leur médecin traitant même s'ils viennent avec une demande particulière. Le fait qu'ils aient quelqu'un en face et qu'on arrive à anticiper ce qu'ils vont nous demander, quand on leur apporte les bonnes réponses, ils ont confiance dans leur médecin.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que c'est comme ça. C'est dans l'air du temps. Les informations vont tellement vite. Quand il y a quelque chose qui les interpelle ils vont faire des recherches pour comprendre. Surtout dans le domaine de la santé qui est un domaine angoissant.

Quel est le type de patient ?

On pourrait penser que ce sont les plus jeunes qui ont accès à internet avec leur téléphone. Mais je dirais que c'est plutôt des personnes retraitées d'un certain âge et qu'ils avaient accès à Internet dans leur profession.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

On m'avait prévenu pendant mes études. On peut le prendre facilement comme une violation de la relation médecin-patient. Avant le médecin avait le savoir et il le donnait au patient et le patient acceptait sans broncher. Maintenant il y a une forme d'égalité avec chacun qui amène une connaissance. On confronte nos connaissances. Cela dépend de la demande du patient, cette demande peut être validée ou pas et on peut en discuter. S'ils viennent nous en parler c'est qu'il y a une angoisse derrière. Du moment qu'on arrive à cibler l'angoisse avec le problème qui les embête, on peut plus facilement les rassurer.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Si c'est validé je vais dans son sens. Si c'est faux je vais lui expliquer que c'est bien de chercher les informations mais qu'il faut vérifier les sources. Je vais leur montrer que certains sites sont mieux validés que d'autres.

Des sites à conseiller ?

L'HAS, les collèges des enseignants.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

On peut se retrouver en contradiction si le diagnostic qu'il nous amène est faux. C'est nous le médecin et à travers un bon interrogatoire et un bon examen clinique je pense qu'on peut remettre les choses au bon endroit. Le souci principal est le diagnostic, le patient pense avoir le bon diagnostic ensuite il va regarder les examens qu'il a besoin et il demande ensuite ces examens-là. Sinon nous reciblons le bon diagnostic ce qui est notre métier principal. Après c'est facile de lui faire admettre ce qui est bien pour lui ou pas. Après bien sûr il peut avoir tout à fait raison.

Temps en consultation ?

Quand on doit se justifier cela prend naturellement plus de temps.

Remise en question ?

Je pense que c'est bien d'être remis en question. Par contre de répéter dix fois la même chose cela peut devenir lassant. Quand un journaliste parle de problème de santé avec une seule information, on est sûr que dans la semaine qui suit les patients viendront pour cette information-là.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Globalement non, pas plus que le patient soit informé ou pas.

Que conseilleriez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

En premier il faut identifier la raison pour laquelle il vient. Il faut identifier la source de l'angoisse pour ensuite discriminer ce qui est important ou pas.

Quelles sont les changements que vous avez faits dans votre pratique ?

Je ne suis pas assez installé depuis suffisamment de temps. Je suis jeune et j'ai toujours vécu avec Internet.

Comment rassurez-vous les patients ?

Il faut d'abord aller dans leur sens. J'entends votre demande je vous écoute mais venez je vous examine et une fois examiné on en discute. Bien identifier la raison et pourquoi il demande. Après avoir fait mon métier avec un bon interrogatoire et un bon examen clinique je peux ensuite discuter avec eux de leur problème de santé.

MG11 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

C'était une patiente qui m'a mené son fils il y avait fait un diagnostic de TDAH et il s'avère qu'elle avait raison et j'ai pu apprendre qu'il existait un traitement appelé Medikinet. Généralement les informations qu'ils ont vu sur internet sont bonnes. La seule chose que je leur explique c'est que internet c'est comme un bar ; " tu vas aux urgences et tu as un rhume, tu fais chier tout le monde et tu n'intéresses personne ; tu vas au bar, tout le monde s'intéresse à toi."

Sur internet, tu saignes du nez tu es hémophile. Et en fait non tu as pris une poutre sur la gueule. Internet n'a pas de discernement. Vous avez une liste de symptômes mais jamais il n'aura un examen. Internet va forcément vous affoler. Internet est pour moi le grand spectacle.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Aucune. Quand je ne sais pas et je vais te dire je ne sais pas. Mais je vais faire des études et me renseigner. Ce qui peut me gêner, c'est s'il ne m'écoute pas et qu'il me remette internet en avant en permanence. Avant il n'y avait pas internet. C'est la concierge qui faisait ce rôle-là.

Y-a-t-il des avantages ?

Ça permet de gagner du temps sur certains patients. Ils arrivent déjà avec des idées et des idées qu'on n'aurait pas pensées. Il faudrait qu'on connaisse tous les diagnostics de la terre en tête. On peut en louper et il nous fait penser à un diagnostic cohérent.

Des inconvénients ?

Un manque de confiance en nous. Quelque fois c'est rigolo, le patient dit : « vous dites pareil que Internet, docteur », alors tu es au summum avec le top du top. Parfois je ne suis pas d'accord avec internet et je suis obligé d'argumenter un peu plus. Parce que sinon c'est 'oui mais' 'oui mais'.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que je ferais pareil. Tu vas leur donner des informations sur son propre corps. Tu vas mieux connaître leur corps qu'eux même. C'est vachement difficile pour eux. Alors en cherchant des informations sur internet, tu te réappropries ton propre corps et de ta santé. Tu redeviens propriétaire de ton corps. En tant que docteur tu vas lui dire ce qui se passe dans son propre corps. C'est super intime. Ils s'auto diagnostic eux même au lieu de confier leur santé totalement au médecin. Il faut se rendre compte que le patient connaît mieux son corps que le docteur. Il va peut-être mal formuler ces symptômes mais il sera toujours plus fidèle que nous. Une maman connaît mieux son enfant que moi. Même si j'ai un examen tout à fait normal mais qu'elle me dit qu'il est différent, alors là je vais creuser encore plus.

Les raisons de l'augmentation de plus en plus de l'internet dans la consultation ?

Le plus en plus de manque de confiance dans les médecins. Quand tu vois une majorité de généralistes qui reçoivent en 5 min, comment le patient peut avoir confiance. Chez moi une consultation c'est minimum 25 à 30 min. Certains me disent qu'ils n'ont jamais dépassé la chaise. Qu'ils ne sont jamais allés sur la table d'examen. Qu'on ne les a jamais examinés. Qu'on n'a jamais mis un coup de stéthoscope. Qu'on n'a jamais pris leur tension. Cela m'est arrivé par exemple un soir de diagnostiquer une péricardite, je le mets sous aspirine et je l'envoie chez le cardiologue. Le patient y va et le cardiologue confirme le diagnostic. Là le patient il a confiance en toi. Parce que ce mec-là, avec ces mains et ces oreilles il peut faire un diagnostic. Si tu ne l'as pas examiné et le mets sous Profénid, ça va le soulager un peu puis ça va trainer et ensuite il va aller sur internet. Et c'est là où la confiance se perd. Si tu l'examines, le patient se dit que ce n'est pas un charlatan. Après c'est aussi une question de modernité. On veut une réponse immédiate. C'est difficile d'attendre quand tu n'as le rendez-vous que dans une semaine. Il pense avoir une information rassurante alors que cela les inquiète encore plus. Nous avons pour certaines personnes l'étiquette de soigneur de rhume et prescripteur d'arrêt de travail. La profession s'est dévalorisée, comme la consultation n'a pas augmentée, on augmente la fréquence à finir avec 6 ou 7 consultations par heure. On se dévalorise et le patient perd la confiance. Quand tu lui demandes de passer une IRM et que tu lui dis le diagnostic que tu recherches et que celui-ci est le bon, le patient te respecte et reviens te voir. Pour se faire respecter, il ne faut pas être le soigneur de rhume. C'est pour cela que je n'ai pas de problème avec internet. Mon fer de lance est que je les examine tous. Ils ne peuvent pas me reprocher cela. Cela m'arrive que quand ils reviennent du grand professeur de Marseille, ils reviennent me voir et ils me demandent ce que j'en pense. C'est cela la confiance dans la relation médecin patient. Entre un patient et son médecin traitant. Par contre la confiance ça se gagne et par ton sérieux. Cela me rend fou que les patients on ne les examine plus. Combien de fois j'ai vu des gens aller vite. C'est ce manque de confiance qui amène le patient à aller sur internet.

Comment cela influence sur la consultation ?

Me donner des idées auxquelles je n'aurais pas pensé.

Temps de consultation plus long plus court ?

Identique.

Remise en question de votre part ?

Toujours c'est normal. Si un jour j'ai une totale confiance en moi c'est que je suis mauvais. Je doute toujours de mes diagnostics.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin qui est face à un patient internaute ?

Donne toi confiance en toi, examine-le. Prouve-lui que internet ne peut pas tout faire. Internet n'a pas 2 mains 2 oreilles ni le flair, l'instinct. Internet peut être un outil pour t'aider à penser à un diagnostic. Par contre le cheminement c'est toi et ton expérience avec tes études qui permet de construire ton arbre décisionnel. Si par contre le patient reste sur sa chaise et qu'il te sort ces symptômes et que tu dis c'est ça. Tu n'es pas meilleur qu'internet. Le plus important face à ce patient c'est de lui redonner confiance en nous.

Est-ce qu'il y a des sites que tu conseilles ?

Non pas du tout.

MG12 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient a dit être aller chercher des informations sur internet ?

C'est le genre de patient qui arrive avec un bouton et qui est allé chercher sur Google images. J'ai aussi une fois le patient qui vient avec un bouton mal placé et qui ne voulait pas me le montrer. Il préférerait me montrer des images sur internet. Je les trouve souvent plus inquiet que des patients lambda. Ils ont essayé de s'auto diagnostiquer.

Est-ce qu'il y a eu un changement dans la relation médecin patient ?

Cela ne me pose pas beaucoup de problèmes. Je pense qu'ils sont très nombreux à aller voir et ils ne nous le disent pas tous. Quand ils deviennent trop insistants, il faut les remettre à leur place en disant que chacun son métier. On ne répare sa voiture sur internet.

Y-a-t-il des avantages ?

Quelques fois cela permet de démocratiser certaines notions. Ils comprennent mieux ce qu'on leur explique. Mais c'est surtout des inconvénients. Ils pensent souvent savoir mieux que nous. Cela arrive que l'on se sente remise en question.

Pourquoi ils vont sur internet ?

Pour se rassurer en premier et souvent cela fait l'effet inverse.

Pourquoi cela augmente de plus en plus ?

Maintenant quand on se pose une question, on va sur internet. C'est pareil pour la santé.

Comment l'avez-vous appréhendé ?

Ceux sont des choses qu'il faut accepter. Ils le font de toute façon. Ils vont chercher une information avant de venir. On sent qu'ils se sont renseignés.

Comment utilisez-vous ces informations ?

Souvent ils ne vont pas sur les bons sites. Ils ne savent pas hiérarchiser l'information. Il faut leur réexpliquer patiemment et cela peut prendre du temps.

Est-ce que vous avez senti un changement d'implication du patient ?

Je ne suis pas sûr que cela soit positif pour le patient. Il veut se rassurer et cela fait tout le contraire. Je le déconseille au patient. Quand ils ont trop peur, ils viennent finalement nous voir pour être rassurés.

Y-a-t-il un changement de votre prise en charge ?

Non pas vraiment.

Et sur le temps de consultation ?

Pareil.

Des conflits avec les patients ?

Des fois ils arrivent avec des certitudes. On peut se heurter gentiment. On est obligé de remettre les pendules à l'heure. Je leur dis qu'ils n'ont pas forcément tous les éléments pour comprendre. Souvent c'est trop compliqué sur internet et ils ne peuvent pas tout comprendre. Le but est d'expliquer le plus simplement possible pour qu'il puisse s'approprier la chose.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin face à un patient internaute ?

Il faut être confiant, on a fait des études avec des connaissances très poussées.

Il faut garder la confiance, il faut s'affirmer devant le patient. Internet c'est très bien mais il faut qu'on reste le maître du jeu. Je pense que de plus en plus vous allez vous heurter à ça.

Vous les guidez sur certains sites ?

Je ne leur conseille rien.

MG13 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient a dit être aller chercher des informations sur internet ?

Le dernier souvenir que j'ai c'est « Docteur j'ai regardé sur internet et je n'aurais pas car j'ai vu des trucs très grave ». Pourtant la plupart du temps cela n'est pas grave. J'ai remarqué que c'est plus fréquemment des problèmes cutanés. Après je pense qu'il y en a beaucoup qui ne me le disent pas.

Est-ce qu'il y a eu un changement dans la relation médecin patient ?

Je ne pense pas. Il faudrait demander au patient. Je n'ai pas de souvenir de problème avec des patients liés à ça. Je ne pense pas que cela est changé la relation médecin patient.

Est-ce qu'il y a des avantages au fait qu'il se soit renseigné avant ?

Parfois oui, cela peut orienter les choses à des choses qu'on n'aura pas pensés. Pour nous cela ne va pas changer grand-chose, c'est surtout pour le patient que cela va soit le rassurer soit l'inquiéter.

Comment est votre attitude ?

J'ai plutôt une attitude apaisante, bienveillante et je rassure leurs craintes. J'essaie de démêler le vrai du faux et de leur expliquer par mon travail et mon examen clinique que leurs doutes sont infondés. En plus de ça j'ai remarqué qu'ils ont du mal à trouver la bonne information sur internet. Ils vont forcément trouver la chose la plus inquiétante. Je leur dis de ne pas le faire car cela va les inquiéter et cela n'est jamais adapté à leur situation.

Comment vous utilisez les informations venant d'internet amenées par le patient ?

Je leur explique si cela est adapté à leur cas ou pas. Je fais ensuite ma consultation habituelle et cela ne change pas sur le temps de consultation. C'est légèrement plus long qu'une consultation lambda. Souvent cela ne va pas m'aider car c'est toujours des diagnostics tirés par les cheveux. Je ne pense pas que cela nous aide. Cela nous fait généralement perdre du temps.

Est-ce que vous avez ressenti un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Je n'ai pas beaucoup de recul, je n'ai que 5 ans de cabinet. Pour moi sur les 5 ans de cabinet cela n'a pas changé. Je pense que les patients chez qui on n'explique pas ce que l'on fait cela n'existe plus. Le patient devient acteur de sa santé et il est en demande d'explication. Il veut comprendre. C'est la tendance actuelle.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin face à un patient internaute ?

Il ne faut pas en avoir peur. Il faut écouter les patients. Il faut faire son travail comme d'habitude. Reprendre l'interrogatoire. Il ne faut pas être punitif et leur reprocher d'être allé sur internet car ils iront de toute façon. Il ne faut pas leur en vouloir, souvent il y a des délais avant qu'il nous voie. Il faut les rassurer de ce qu'ils ont vu et que nous nous pouvons trouver ce qu'ils ont. Ne pas les culpabiliser et faire notre travail.

Des sites à leur conseiller ?

Je ne conseille pas de site. Quelques associations comme Alzheimer France. Le souci c'est que les sites médicaux que l'on regarde en tant que médecin est trop compliqué pour le patient. Souvent ils ne comprennent rien dessus. Et les sites de patient on n'y va pas et donc on ne peut pas les conseiller. C'est souvent soit trop spécialisé soit les sites de patients qu'on ne connaît pas.

Je ne leur en conseille aucun. Par contre pour moi j'utilise des sites de collègue ou le Vidal pour m'aider. Je vais sur le collège des enseignants en ligne. Les mêmes que pour l'internat. Le collège de dermato je l'utilise beaucoup.

MG14 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Internet est un outil merveilleux. Quand ils sont allés sur internet, je leur demande ce qu'ils ont vu. Y en a carrément qu'ils ont imprimés et souvent je rigole. Mais c'est rarissime qu'ils m'en parlent, peut-être parce qu'ils savent que je vais rigoler. Parfois c'est l'inverse, c'est moi qui leur conseille d'aller voir sur internet car ils sont intrigués de quelque chose mais faites extrêmement attention car même moi en tant que médecin qui maîtrise le sujet, j'ai moi-même peur. J'en ai même eu carrément qui arrive avec la clé USB. Ils chargent de la documentation pour m'en parler. Mais c'est rare.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

En général cela n'a rien changé. Dans le détail, certains m'apprennent de nouvelles choses, c'est très rare mais cela m'arrive. Le souci avec internet c'est qu'ils ont vu la théorie, moi je leur montre la pratique.

Les Avantages ?

Ils sont d'être mieux informés mais pour les plus corticalisés.

Les inconvénients ?

J'en n'ai pas vraiment. Cela ne me fait pas perdre de temps car mes consultations sont longues d'habitude.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que l'on fait ces courses sur internet. On se renseigne sur tout sur internet donc pourquoi pas sa santé. Je n'ai pas de rendez-vous rapidement, je vais sur internet voir.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

Ceux sont des gens intelligents la plupart du temps. Plutôt des hommes dans l'âge 40-50ans. Peu de jeunes m'en parlent. Je pense qu'ils ont confiance et ils viennent m'en parler. Ils ont suffisamment confiance.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

J'ai l'impression que non.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Oui, ils se sont plus éduqués. Je pense qu'ils vont sur internet avant je pense que même après pour se rassurer.

Sur le temps passé en consultation ?

Cela ne change pas. L'incident ne dure pas plus de 2 à 3 min.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Pas du tout. Ils m'en parlent pour faire avancer les choses. Ils veulent avoir mon opinion. Ils veulent savoir ce que j'en pense.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Pas de conflits. Pas de changement pour moi. Je me mets à leur écoute. Cela ne peut qu'apporter.

Que conseilleriez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

C'est difficile quand on est jeune médecin car on n'a pas encore l'ego surdimensionné. On n'a pas encore tout vu. Même si cela m'arrive de ne pas tout savoir, j'ai appris à prendre du recul. Je sais que ma mémoire est perfectible et que l'on doit se remettre en question tous les jours. Il faut se rendre imperméable à tout type de remarques. Le plus important est l'intérêt pour le patient. Qu'est-ce que le patient a besoin pour qu'il aille mieux. En tant que jeune médecin, c'est normal par moment d'être apeuré. Il faut

reprendre ce qu'il nous amène, les épilucher et recontextualiser avec le patient. Il ne faut surtout pas être apeuré. Il ne faut pas s'alarmer. Il faut travailler dans l'intérêt du patient. Moi en tant que médecin je passe après. Je laisse mon égo de côté et comprendre ce qu'il a vu pour ensuite construire à partir de ça. Je pense que c'est le meilleur moyen de se stresser. De savoir ce qu'il va penser de moi. On s'en fout, on garde en tête que le plus important est l'intérêt du patient.

Il y a une superbe blague en médecine. Qu'elle est la différence entre un spécialiste et un généraliste ? Le généraliste est quelqu'un qui ne sait rien sur tout alors que le spécialiste c'est celui qui sait tout sur rien. Le point essentiel c'est le patient. Il faut savoir s'oublier. Il faut qu'il sorte du boulot en étant rassuré et la banane. L'important est le bien être de mes semblables, c'est pour cela qu'on est médecin.

MG15 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

C'était une dame d'un certain âge qui avait des arthralgies et qui était allé sur internet pour savoir si elle pouvait avoir le dosage des anticorps anti CCP.

Et comment l'avez appréhendé ?

Je lui ai dit que c'était moi qui décidai et que la médecine n'est pas si facile que cela.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

C'est très intrusif. Tout dépend de la manière de comment le patient s'en sert. Parfois ils veulent t'apprendre le métier. Ils pensent que le médecin c'est à la carte et que c'est simple. Ils vont te conseiller des examens. C'est comme si moi j'allais chez un menuisier et que tu lui expliques son métier. Je vais lui conseiller la cheville qu'il faut pour tel mur.

Des avantages ?

Bien sûr, y a des patients qui se renseignent et qui apprennent bien. C'est plus agréable de parler avec des gens informés et qui se sont renseignés.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que c'est dans l'air du temps. Les sites sont bien faits et ils gagnent du temps. Il est inquiet.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Quelque fois c'est bien et parfois pas bien. Cela dépend du profil du patient et de ce qu'il te demande. Cela dépend s'ils viennent faire leurs courses. Ce n'est pas très agréable et on a l'impression d'être un exécutant.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Je lui demande sur quel site il est allé voir. Si c'était un site sérieux ou pas. Le plus important il faut vérifier la fiabilité de l'information. Il y a une différence entre Doctissimo et un site de faculté.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

C'est dur comme question. Cela dépend de la personnalité du patient, de l'humeur du moment et du type de pathologie.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Je ne pense pas que cela soit bénéfique pour lui d'être allé voir. C'est source d'anxiété. On essaye de les rassurer. Qu'il ne faut pas imaginer le pire.

Sur le temps passé en consultation ?

C'est forcément plus chronophage, cela dépend qui te demande. La relation entre deux personnes est multifactorielle.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Oui on se sent remis en question et c'est souvent très énervant. C'est comme si on insultait toutes nos années d'études.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

Je lui dirai qu'en premier c'est de commencer à écouter. De leur expliquer qu'il faut réfléchir et de vérifier la source de l'information. Je lui dirai aussi que la médecine est un art et que cela n'est pas uniquement que des algorithmes. Et que parfois il faut sortir de l'algorithme théorique que l'on nous apprend dans nos études de médecine. De leur expliquer au patient que ce n'est pas si simple la médecine. Ce n'est pas toujours blanc ou noir. Il faut mettre des dégradés de couleur. Pour moi être un bon médecin généraliste c'est avoir la connaissance et c'est le mélange d'informations et d'expériences. Le patient quand il arrive avec son information d'internet, il lui manque l'expérience pour arriver jusqu'à la connaissance. L'expérience te permet de trier les informations. Je leur demande aussi quel métier ils font. Et en fonction je leur demande s'il apprécierait si je venais leur apprendre leur métier. Je leur dis que je n'en sais rien comment monter un mur je sais juste qu'il faut qu'il soit droit. Je leur fais confiance. La relation entre le médecin et son patient est une relation de confiance. Malheureusement s'il y a une déviance ce n'est pas bon. Il faut dialoguer et expliquer. Quand tu as le temps c'est facile mais le plus dure c'est quand tu n'as pas le temps.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Je ne leur conseille pas de sites.

Comment rassurez-vous les patients ?

Je leur explique que sur les réseaux sociaux, le climat est très anxiogène.

Il ne faut pas se laisser submerger.

MG16 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?
Cela m'arrive assez souvent. Ils tombent souvent sur quelque chose de grave et ils arrivent tout affolés. Dernièrement c'était un jeune patient de 30ans qui avait trouvé une boule au niveau de ces testicules qu'il avait depuis 2ans. Il est allé regarder sur internet et il a vu cancer. Il a pris peur et il est venu en discuter. On a fait l'échographie et il s'est avéré que c'était un kyste testiculaire.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Dans les effets négatifs, les patients ont du mal à trouver la bonne source. Parfois ils arrivent avec des diagnostics hyper poussés que même nous on n'a jamais vu. Il y a des maladies aussi à la mode comme la maladie de Lyme ou la maladie coeliaque. Je leur dis d'aller bien vérifier leurs sources.

Dans les aspects positifs, internet permet au patient de mieux se renseigner sur leur maladie par exemple avec des maladies chroniques. Même parfois mieux que nous. Le plus gênant c'est quand ils sont en demande de tel examen qu'ils ont vu et que pour nous, il n'y a pas d'indication. On se sent obligé et ils veulent être rassurés. On leur fait parfois pour leur faire plaisir.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Quasiment à chaque fois c'est pour se rassurer car ils sont inquiets. Parfois c'est parce qu'ils ne peuvent pas voir leur médecin. C'est une question de facilité et de rapidité.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

Plutôt jeune entre 20 et 50 ans. Pas les personnes âgées.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

En premier je les écoute puis après je leur explique en leur mettant en garde sur internet. On peut tomber sur des choses fausses. Le plus important est de consulter son médecin. Parfois je leur donne des conseils sur des sites que je connais car je connais la source. Il vaut mieux que le site vienne du médecin car il a de bonnes sources.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

D'abord je les examine pour me faire ma propre idée de leur demande. Je trie et je reformule. Je leur dis bien qu'il vaut mieux ne pas aller voir seul.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Oui c'est un peu perturbant. On se sent remis en question. Quand il vient avec des diagnostics rares, on se sent perdu car on ne sait pas quoi répondre.

Sur le temps passé en consultation ?

C'est pareil.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Si le patient est très inquiet et que je n'arrive pas à le rassurer, il m'arrive de prescrire un examen complémentaire que je n'aurais pas prescrit s'il ne me l'avait pas proposé. Cela peut arriver de nous tromper et si on n'a pas fait l'examen qui était nécessaire et qu'il nous l'avait proposé, on peut être embêter avec un procès par exemple. On se protège.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

Il vaut mieux éviter que le patient aille sur internet seul. Il faut les rassurer en les examinant. Ils vont alors avoir plus confiance en toi que dans internet.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Pediadoc, Gestaclic, LeCrat, Institut Pasteur pour les vaccins.

Comment rassurez-vous les patients ?

Il faut leur réexpliquer. Je leur redonne rendez-vous pour rediscuter avec eux si on fait des examens.

MG17 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

J'ai eu une jeune femme qui était encore vierge et qui avait vu sur internet que l'on pouvait mettre un stérilet. Elle avait confondu avec le terme nullipare qui est de ne pas avoir eu d'enfant. Certains patients prennent des informations mais qui sont souvent déformées et mal comprises par le patient.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Cela dépend des patients. Certains patients pensent tous savoir car ils sont allés sur internet et souvent la consultation se passe plus difficilement avec une forte argumentation. Ils essayent de contrer. Et d'autres patients qui se sont renseignés et qui ont beaucoup de questions car ils sont en quête de compréhension. Et pour ce genre de patient c'est plus intéressant. J'aime discuter avec le patient et avoir un rôle pédagogique.

Ce qui ne change pas avec internet ?

C'est qu'au final c'est nous qu'on a le dernier mot.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

C'est la société actuelle de vouloir tout contrôler. Et si on peut contrôler la santé cela peut être bénéfique. On n'est plus dans la société paternaliste d'avant. Ce n'est pas que chez le médecin mais aussi par exemple avec les instituteurs.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

C'est très patient dépendant mais en général cela me donne de l'angoisse. Cela me stresse un peu. Il va falloir que j'argumente et je me sens déstabilisé.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Je leur demande toujours d'où cela vient. Souvent c'est des sites pas du tout fiables. Je leur conseille des sites qui citent ces sources. Parfois je montre des recommandations pendant la consultation à des patients qui sont bornés.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Oui je vais passer plus de temps pour expliquer au patient et je trouve la relation dénaturée si le patient valorise internet plutôt que nous.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Oui, il arrive déjà impliqué, pour lui il a déjà le diagnostic en tête mais parfois pas dans le bon sens.

Sur le temps passé en consultation ?

En général plus longue.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Oui c'est même le problème principal. Je me sens remis en question sur mes connaissances.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Cela a pu la changer mais jamais à des idées que je pense. C'est une discussion avec certains patients. On s'adapte mais jamais je ne ferais quelque chose que je ne saurais pas d'accord.

Que conseilleriez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

Je lui conseillerais de rester à jour car beaucoup de choses évoluent. Il faut être solide sur ces connaissances. Si tu fais des choses par habitude, tu peux te faire piéger par certains patients et tu n'auras pas l'air très fin. Ce n'est pas très agréable niveau égo. Mon 2^e conseil est de ne pas se démonter face au patient. Il faut être sûr de ce que l'on dit. Ne pas lui mentir et lui faire à l'envers.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

LeCraT c'est le seul site.

MG18 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

La dernière consultation traitant d'un patient internaute était une patiente très anxieuse qui venait pour être rassuré. Ceux sont la plupart du temps des patients anxieux mais aussi des patients bien informés et cortiqués.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Je pense que cette triangulaire peut complexifier le travail du médecin. Il y a un 3^e acteur dans cette consultation qui peut aider ou non la consultation. Cela va dépendre de la personnalité du patient.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Il y va essentiellement pour être rassuré. Je pense qu'il y va également car ils n'ont pas de rendez-vous rapidement. On est sur une consommation de soins.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

Plutôt des patients jeunes moins de 50ans. Ils y vont pour se renseigner. Ils ont vu des informations sur les réseaux sociaux.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Je vous avoue que je l'ai pris sur la défensive en premier lieu. Puis en fonction des patients, on peut vraiment ouvrir le dialogue. Les patients ont peur.

Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

J'ai ressenti comme une baisse de confiance quand le patient est venu revendicatif avec ces examens complémentaires qu'il souhaitait faire. C'est quand même très rare. La plupart du temps ce sont des patients qui viennent chercher mon avis et qui au fur et à mesure de la consultation me parle de leur recherche qu'ils ont faite. La plupart ont une véritable confiance dans leur médecin.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Si les informations sont justes, je vais dans leur sens et je les utilise pour les renseigner. Si elles sont fausses je leur pose une question simple. Pouvez-vous me dire les sources ? Et c'est comme cela que je leur explique et que cette information est fausse. Il n'y a souvent pas de sources lisibles ou floues qui est souvent anxiogène.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Elle influe sur la manière de voir la relation entre le médecin et son patient. Avec internet, on peut se sentir comme si on allait faire les courses. On a fait notre liste à l'avance et on va récupérer son ordonnance.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?
Le patient se trouve plus impliqué.

Sur le temps passé en consultation ?

Oui le temps est plus long mais pas forcément inutile et rébarbatif. Si on arrive à les convaincre de nous faire confiance, la relation se retrouve enrichie et de meilleure qualité.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Oui on se sent remis en question quand le patient est vindicatif et qu'il est en forte demande de prescriptions. C'est un peu déstabilisant et on se sent uniquement prescripteur.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Ma prise en charge peut changer, je l'avoue car quelque fois on me force un peu la main sur des prescriptions d'examen complémentaires. On a peur de passer à côté et que le patient se retourne contre nous.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internautes ? Pour mieux gérer ?

Je lui conseillerais d'être sûr de lui et d'avoir confiance en lui. De ne pas se faire déstabiliser car le patient vient vers nous car il veut être rassuré. Il ne maîtrise pas toutes nos connaissances et surtout notre démarche diagnostic. Il faut bien faire son examen clinique et si on n'a un doute ce n'est pas le patient qui nous l'impose mais c'est nous même qui voulons lever un doute sur le diagnostic en prescrivant des examens complémentaires.

Que pensez-vous de l'intégration dans la formation des jeunes médecins ?

Je pense que ce serait intéressant de parler de la consultation 2.0 avec la téléconsultation ou cette nouvelle relation avec les fake news des réseaux sociaux. Il pourrait être intéressant de faire des jeux de rôles comme du théâtre.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Je leur conseille bien sur LeCraat pour les femmes enceintes. Et d'aller voir sur Ameli. Il y a quelques fiches intéressantes. J'aime beaucoup aussi pendant la consultation leur montrer des images sur l'ordinateur pour leur expliquer.

Comment rassurez-vous les patients ?

Je les rassure en faisant mon métier. Un bon examen clinique et on reprend les symptômes un par un. Je casse les préjugés de ceux qu'ils ont pu voir. J'encourage à se renseigner mais à bien vérifier leurs sources.

MG19 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Cela arrive souvent. C'était un patient qui venait avec mal de tête et fièvre. Et qui me disait j'ai fait la bêtise d'aller sur internet. Cela m'a fait peur. Il pensait à la méningite. Quand c'est comme ça c'est assez facile car ils ont besoin d'être rassuré. Cela arrive souvent qu'il nous teste, on le sent quand ils viennent avec un diagnostic précis et ils veulent un certain type d'examen.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Sur les gros angoissés ça va, ils viennent se rassurer donc il n'y pas de réel problème. Ils ont confiance dans leur médecin et ils viennent pour qu'on les rassure. Après il y a ceux qui se cherchent des maladies. Ils veulent l'examen de référence.

Des inconvénients ?

On a besoin de plus se justifier. On n'est pas la seule voie de vérité, ils ont accès à une multitude d'informations. C'est un moyen pour comparer le médecin avec internet.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce que c'est plus rapide, il n'a pas envie d'attendre et il veut être rassuré de suite.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

2 types, il y a le super angoissé qui finalement cela lui fait l'effet contraire donc il vient nous voir rapidement. Puis le patient qui se pense suffisamment intelligent pour tout comprendre d'internet, il s'écoute un peu trop. Il va tester le médecin et voir nos réponses.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Je le prends plutôt bien car internet fait partie de notre vie. On ne peut pas leur dire de ne pas aller sur internet. Ce n'est pas la peine de se braquer. Il faut rassurer les gens avec un examen clinique complet. Il faut quand même les écouter car de temps en temps il peut y avoir une bonne idée et qui peut nous faire penser à un diagnostic. Rester à l'écoute tout en recadrant l'information.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

La plupart du temps on connaît déjà ces informations. On fait le tri. Si les symptômes peuvent coller avec la piste proposée pourquoi pas aller explorer.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Oui forcément. Je pense que s'il ne me l'avait pas dit je n'aurais pas fait certains examens. Je ne voudrais pas passer à côté de quelque chose et que le patient se retourne contre moi.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?

Oui, il va se sentir plus impliqué car il a envie d'apprendre plus sur lui-même. Je pense que l'inconnu l'angoisse et il essaye d'apprendre plus sur son propre corps.

Sur le temps passé en consultation ?
Un peu plus long.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?
Parfois oui. On peut se sentir remis en question sur notre savoir et notre connaissance. Ce n'est pas agréable mais il faut savoir par notre démarche de clinicien lui montrer qu'Internet ne peut pas tout faire.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?
Non pas de conflits au point qu'il y est une rupture de soins mais par contre il peut y avoir des ajouts d'exams complémentaires que je n'aurais pas forcément fait s'il ne me l'avait pas dit.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internautes ? Pour mieux gérer ?
Il faut les écouter. Les rassurer et leur expliquer leurs symptômes actuellement. Il ne faut pas les contrer d'emblée et leur dire que ce qu'ils ont vu est faux. Reprendre avec eux la réalité des faits actuels. Je leur conseille de ne pas aller sur internet pour le moindre bobo car sinon ils vont finir avec un cancer tous les jours.

Quelles sont les changements que vous avez faits dans votre pratique ?
Pour ce genre de patient il faut prendre le temps. Ne pas aller trop vite sinon c'est la relation médecin-patient qui n'est plus la même.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?
Pas de sites en particulier.

Comment rassurez-vous les patients ?
Je reprends les symptômes en leur expliquant qu'il n'y a pas de signes de gravité.

Améliorer les sites patients ? HON Code ?
Non je ne connaissais pas le HON Code.

MG20 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?
C'est anecdotique. De temps en temps il cite internet. Tu leur expliques que le plus important ce n'est pas ce qu'ils ont lu mais qui a écrit l'information. Il faut savoir trouver la source de l'information. Quelque fois la source est bien identifiée et fiable et tu peux creuser en profondeur. Sinon tu laisses couler.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?
Oui sûrement, cela démocratise la santé. Cela leur fait faussement croire qu'ils sont cultivés.

Des avantages avec internet ou des inconvénients ?
Pour moi, c'est plus compliqué, pour eux c'est des avantages car cela leur apprend des choses. Pour moi cela fait perdre du temps pour retrouver un fil conducteur.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?
Peut-être parce que l'on n'en donne pas assez par manque de temps. Parce qu'il a la trouille. Il le fait pour se rassurer mais cela fait souvent l'effet inverse.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?
Cela se passe très bien. Je n'ai aucun problème.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?
Si cela me convient je vais dans leur sens, si par contre cela est faux, j'essaie de les recadrer.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?
Il m'influence car ils peuvent me faire penser à un diagnostic que je n'aurais jamais pensé. Cela m'influence car je vais m'adapter à ce premier diagnostic. L'affirmer ou l'infirmer avec peut être des examens complémentaires.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?
Il se sent plus impliqué en voulant se renseigner pour apprendre de sa souffrance.

Sur le temps passé en consultation ?
C'est plus long car il faut réexpliquer.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?
Tout le temps même sans internet.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ?
Non pour moi pas de changement de prise en charge sur les traitements en tout cas.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internautes ? Pour mieux gérer ?
De bosser de son côté, d'être sûr de son coup. Pouvoir avoir les arguments pour combattre les erreurs d'égarements des patients et les recadrer. Il faut renforcer son savoir.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?
Non je n'ai pas de sites en particulier. Parce que je ne les connais pas.

Comment rassurez-vous les patients ?
Cela dépend des patients, certains ont besoin d'être rassuré et d'autre moins, il faut les emmerder.

MG21 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?
Y en a plein, et cela m'arrive souvent. Souvent ils me disent docteur je suis allé sur internet pour me rassurer et finalement cela m'a stressé encore plus. Souvent ils vont voir par rapport au bilan biologique dès que c'est en gras. Il y a aussi des patients hypochondriaques qui vont chercher toutes les 5 minutes sur internet des informations.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?
Selon les patients oui car certains ont du mal à décrocher. Certains patients si on ne va pas dans leur sens, ils ne nous prennent pas au sérieux. Je n'ai pas ressenti d'avantages pour nous sur le fait qu'ils se soient renseigné avant la consultation.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?
Parce qu'ils veulent tout savoir tout de suite et qu'ils ne supportent pas de ne pas savoir. Ils veulent être vite soigné, vite soulagé. Certains veulent se rassurer mais souvent cela fait l'inverse.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?
Cela dépend de la situation, si c'est trop hurluberlu, je les calme et je recadre le patient. Je fais mon examen et je leur réexplique ce qu'ils ont vraiment. Après je reste ouvert d'esprit et je ne suis pas contre le fait qu'ils aillent sur internet. Je leur explique que chaque cas est différent.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?
Non pas spécialement, je n'utilise pas les informations médicales d'internet. Souvent c'est de la peur qu'ils amènent avec internet. Après je peux m'en servir pour discuter et être une véritable ouverture aux dialogues.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?
Non je ne pense pas que cela influence ma consultation ni ma prise en charge.

Comment le fait de regarder sur internet est-il un changement de l'implication du patient dans sa propre prise en charge ?
Oui ils sont plus impliqués mais pas forcément dans le bon sens. Souvent ce n'est pas une information qui les aide mais plutôt qui les panique encore plus. Cela dépend aussi de leur personnalité, certains ont l'esprit clair et posé. Ils peuvent chercher et être performant dans leur prise en charge. D'autres seront par contre totalement perdu et dépassé par les événements. Ce qui ont les bonnes sources c'est un vrai enrichissement avec de vrais articles et cela me permet à moi aussi d'avancer. C'est enrichissant dans les 2 sens.

Sur le temps passé en consultation ?
C'est un plus long mais pas forcément beaucoup.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?
Oui on peut se sentir remis en question mais cela m'arrive de moi-même sans forcément l'aide d'internet. On doit se remettre en question tous les jours.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internautes ? Pour mieux gérer ?
De se méfier et de se faire confiance. Surtout se faire confiance car au début on n'est pas sûr de soi, tu es nouveau, tu es passé par l'hôpital. Le libéral s'est très différent. Ne pas se laisser trop bouffer par les patients. Par se méfier, je veux dire c'est de ne pas se faire dicter sa conduite par ce qu'a vu le patient. Certains patients peuvent arriver à l'embrouiller si tu n'as pas de ligne de conduite. Si tu as une faille ils peuvent te rentrer le doute. Il faut garder la tête froide en se disant que tu n'as pas la science infuse mais que tu sais garder le cap. S'il y a un doute, il ne faut pas hésiter à prescrire un examen complémentaire pour vérifier.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?
Le seul site que je conseille c'est LeCrat pour les femmes enceintes.

Comment rassurez-vous les patients ?
Je dialogue avec eux. Mon argument principal est que chaque personne est unique et que chaque situation est unique. Les circonstances ne sont jamais les mêmes. Les témoignages de certains sur internet ne sont pas applicables à tout le monde. Je leur dis de ne pas prendre pour argent comptant tout ce qui vient d'internet.

MG22 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Bonjour docteur j'ai ça. Je leur demande comment ils savent. Et ils me répondent que j'ai vu ça sur internet. Je leur réponds que comme internet a fait le diagnostic, internet va vous faire aussi l'ordonnance. Après on rit. Puis je leur dis que l'on va quand même faire l'examen et voir si internet ne s'est pas trompé.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Comme je tourne tout en dérision, il n'y a pas trop de conséquence. J'utilise beaucoup l'humour.

Je ne trouve pas d'avantages avec internet. On a quand même fait 10 ans d'études et ce n'est pas avec 2 clics que l'on va trouver la réponse. On a un vrai travail de recherche.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

Parce qu'ils sont stressés.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Je prends du recul et j'utilise l'humour.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

J'essaye de faire mon opinion sans me faire influencer par internet.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Non cela ne change pas ma prise en charge ni ma consultation.

Sur le temps passé en consultation ?

Le temps est identique.

Que conseilleriez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internautes ? Pour mieux gérer ?

Il faut les écouter. Il ne faut pas se sentir diminué ou humilié par rapport à Internet. Il faut s'en servir pour justement être au-dessus. On pourra être au-dessus en trouvant le diagnostic. Très souvent c'est n'importe quoi. Pas qu'internet soit faux mais plutôt que le patient n'a pas fait lien avec son problème actuel.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Je ne les guide pas parce que je ne conseille pas de sites.

Comment rassurez-vous les patients ?

Je les écoute et je leur explique ce que moi je pense de leur pathologie sans me soucier de ce qu'ils ont vu.

MG23 :

Racontez-moi une consultation pendant laquelle un patient vous a dit être allé chercher des informations sur internet ?

Je l'écoute attentivement je prends en considération ce qu'il me dit et j'estime que si les informations vont dans le bon sens, je suis son parcours. Je suis attentif à son discours. Je le recadre si besoin mais je ne suis en aucunement vexé par ce qu'il me dit. Le patient est investi donc cela m'intéresse.

Quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient ?

Je n'ai pas trouvé d'impact négatif mais plutôt des points positifs. Car pour moi cela signe l'investissement du patient dans sa prise en charge de sa maladie.

Pourquoi le patient d'après vous va-t-il chercher des informations sur internet ?

C'est un problème sociétal. Les gens ont accès à l'information et ils veulent se renseigner. L'accès à l'information est tellement plus simple. On est tout le temps sur connecté à internet, pas forcément pour remettre en doute la parole médicale du médecin. C'est une accessibilité à l'information facile.

Quel est le type de patient ? Quelles sont les sites qui reviennent ?

Plutôt âge moyen 30-50ans.

Comment l'avez-vous appréhendé ? Quelle attitude avez-vous adoptée ?

Je l'appréhende bien, cela ne me perturbe pas. C'est même plutôt agréable. Une façon d'ouvrir la conversation avec le patient. Cela a pu me perturber au début de mon exercice mais pas maintenant. Après les patients s'adaptent à moi, ils ne vont pas me remettre en question d'emblée. Je suis toujours ouvert d'esprit.

Comment utilisez-vous les informations médicales fournies par le patient venant d'internet lors de la consultation ?

Si je pense que c'est cohérent je vais dans leur sens. Je remarque également qu'il ne se trompe que rarement, il s'apporte souvent quelque chose de cohérent, j'exploite l'information pour aller dans le sens de son autonomie et de sa santé. Si bien sûr c'est complètement à côté, je n'hésite pas à le recadrer. Je le recadre en lui expliquant comment l'information devrait être perçue. Toujours en étant poli, cela ne me perturbe pas.

De quelle façon l'utilisation d'internet par les patients influe-t-il sur votre consultation ?

Cela peut l'orienter car pour un symptôme, il peut y avoir plusieurs diagnostics. C'est intéressant et cela ne m'empêche pas de m'affirmer avec mon mot à dire si je décide que ce n'est pas le bon chemin qu'il prend.

Sur le temps passé en consultation ?

Le temps est pratiquement identique car c'est de l'information médicale.

Pensez-vous que votre savoir est remis en question ?

Je ne pense pas à mon âge, mais cela dépend des patientèles.

Comment cela change-t-il sur votre prise en charge ? Conflits ? Difficulté à gérer un patient informé ?

Cela a pu m'orienter parfois dans des diagnostics. Je n'ai pas de souvenirs de conflits liés à internet.

Que conseillerez-vous à un jeune médecin pour gérer les patients internaute ? Pour mieux gérer ?

D'être attentif à sa demande et ne pas hésiter à traiter l'information qu'il a eu avec lui. Ne pas être brutal et surtout l'écouter. Il y a toujours du bon à en tirer et une orientation à prendre. Quand l'information est complètement fausse on le voit arriver à des kilomètres et il est facile de le recadrer rapidement. Le maître mot de la médecine générale est d'écouter le patient.

Que pensez-vous de l'intégration dans la formation des jeunes médecins ?

Cela pourrait être amusant de le faire sous forme de mise en situation ou de mise en scène avec des questions pièges.

Comment vous les guidez pendant leur recherche ? Sites à conseiller ? Lesquels ?

Je leur conseille LeCrat pour les femmes enceintes. Après il y a des sites trop spécialisés comme Antibioclic. Pour moi Doctissimo je ne leur conseille plus.

Comment rassurez-vous les patients ?

Si le patient vient t'en parler c'est qu'il a confiance en toi. Il cherche un éclaircissement. Les patients se rendent compte que sur internet il n'y a pas la vérité absolue. Le meilleur est de discuter avec eux, de ne pas être brutal et d'être dans l'échange. Ne pas dire, moi internet je n'écoute pas. Le maître mot, c'est l'écoute et le partage la solution.

BIBLIOGRAPHIE

1. CERN. Brève histoire du web [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://home.cern/fr/science/computing/birth-web/short-history-web>
2. Dupagne D. Les nouvelles informations en santé. Trib Sante. 2010;n° 29(4):33-9.
3. NCBI News. Le vice-président lance PubMed et salue l'accès gratuit à MEDLINE [Internet]. 1997 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/Web/Newsltr/aug97.html>
4. Canguilhem G. Nécessité de la vulgarisation scientifique. 1961.
5. Rey R. La vulgarisation médicale au XVIIIe siècle : le cas des dictionnaires portatifs de santé. Rev Hist Sci. 1991;44(3):413-33.
6. Jeannot JG. Dr Google Moteur-de-recherche-medical.org, un moteur de recherche Google pour la médecine. Rev Med Suisse 2008. 2008;4(1280):4.
7. Henderson J. Google Scholar: A source for clinicians? CMAJ. 7 juin 2005;172(12):1549-50.
8. Institut TNS-SOFRES. Baromètre Axa Prévention de la santé des français [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.tns-sofres.com/publications/barometre-axa>
9. Médiamétrie, Audience Internet Global Mars 2019.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2019-04/2019%2004%2029%20CP%20Audience%20Internet%20Global%20Mars%202019_0.pdf
10. Romeyer H. La santé en ligne. Des enjeux au-delà de l'information. Commun Inf Médias Théories Prat [Internet]. 23 févr 2012 [cité 8 févr 2020];(Vol. 30/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communication/2915>
11. Dufresne J. Le médecin grec vu par Caton [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://agora.qc.ca/documents/Caton_lAncien--Le_medecin_grec_vu_par_Caton_par_Jacques_Dufresne
12. Lazorgues. Sciences humaines et sociales : L'homme, la société et la médecine. 6ème édition. Paris; 2000.
13. T. Parsons. The social System. Free Press. New-York, Etats-Unis,; 1951.
14. Bremond A., Goffette J, Moumjid-Ferdjaoui N. Qui décide en médecine : entre obéir, consentir et s'accorder. Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants, [Internet],; 2006.
15. Portes L. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder. A la recherche d'un éthique médicale; 1955.
16. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Rev Francaise Sociol. 2005;Vol. 46(3):443-67.
17. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature. 26 févr 2018;68.
18. Feinberg J. Legal Paternalism. Can J Philos. 1 janv 1971;1(1):105-24.
19. Centre d'éducation du patient. Un partenariat indispensable [Internet]. 2016 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/un-partenariat-indispensable>
20. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med. mai 1956;97(5):585-92.
21. Dodier N, Darbon S. Eliot Freidson, La profession médicale [Internet]. Vol. 3.

- 1985 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_1_999
22. Bungener M. La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. *Sci Soc Santé*. 1992;10(4):154-7.
 23. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
 24. Raphaël Hammer. Expériences ordinaires de la médecine ; confiances, croyances et critiques profanes [Internet]. Presses Universitaires Romandes Editions. 2010 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://halldulivre.com/livre/9782883510456-experiences-ordinaires-de-la-medecine-confiances-croyances-et-critiques-profanes-raphael-hammer/>
 25. P. Adam, C. Herzlich. Sociologie de la maladie et de la médecine [Internet]. Librairie Eyrolles; 2005 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/sociologie-de-la-maladie-et-de-la-medecine-9782200340827/>
 26. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder [Internet]. [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: <http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>
 27. Nau J-Y. Avec internet le patient est plus savant: c'est un (mauvais) conte pour enfants. *Rev Médicale Suisse*. 16 juill 2014;10(437):1478-1478.
 28. Chabot Jean-Michel. Trois aphorismes. *Rev Prat* [Internet]. juin 2014 [cité 3 août 2021];2014;64(6):843-4. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/trois-aphorismes>
 29. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
 30. Schaerer R. Le « principe d'autonomie », ses ambiguïtés et ses illusions. *Jusqua Mort Accompagner Vie*. 29 déc 2014;N° 116(1):37-45.
 31. Erny I. Éthique et soins. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention [Internet]. *ADSP N° 77*. 2011 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/revues/adsp-n-77-decembre-2011-ethique-et-soins-3303335300775.html>
 32. Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes bhaynes@mcmaster. ca. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Evidence-Based Medicine. Churchill Livingstone. 1 janv 2005;2.
 33. CREDOC. Baromètre du Numérique 2017. 17ème édition.
 34. Nabarette H. L'internet medical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux*. 2002;114(4):249.
 35. Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P. WHIST, Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. *Univ Pierre Marie Curie*. 2007;20.
 36. Dupagne D. E-santé. *Communications*. 2011;88(1):57-65.
 37. Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res*. 2001;3(2):e20.
 38. Haute Autorité de Santé. Internet un atout pour la relation médecin/patient. 2010.
 39. Dicom_Jocelyne.M. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/dossier-medical-partage-dmp>
 40. European Observer eu. E-santé: qu'attendent (vraiment) les patients français? [Internet]. *FrenchWeb.fr*. 2016 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.frenchweb.fr/e-sante-quattendent-vraiment-les-patients-francais/228383>

41. Zarcadoolas. Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action [Internet]. Wiley.com. 2006 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.wiley.com/en-us/Advancing+Health+Literacy%3A+A+Framework+for+Understanding+and+Action-p-9780787984335>
42. Fergus TA. Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. oct 2013;16(10):735-9.
43. Ozanam. Medcost : Le retour des cyberchondriaques [Internet]. 2002 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://www.medcost.fr/html/internet_medical_si/mag_24/cyberchondriaques.htm
44. Bohler S. De l'hypochondrie à la cyberchondrie [Internet]. Pourlascience.fr. Pour la Science; 2009 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.pourlascience.fr/sd/psychologie/de-lhypochondrie-a-la-cyberchondrie-10121.php>
45. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in Web search. *ACM Trans Inf Syst TOIS*. 30 nov 2009;27(4):23:1-23:37.
46. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*. 1 mars 2014;28(2):259-65.
47. Guel FL. Comment pourrait-on mesurer la double fracture numérique ? *Reseaux*. 2004;n° 127-128(5):55-82.
48. Eysenbach G. Consumer health informatics. *BMJ*. 24 juin 2000;320(7251):1713-6.
49. Hopscotch-Listening Pharma. Baromètre « Web et Santé » : 96% des médecins interrogés utilisent Google | Patient 2.0 et empowerment [Internet]. Scoop.it. 2013 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.scoop.it/topic/patient-2-0-et-empowerment/p/4000452680/2013/04/23/barometre-web-et-sante-96-des-medecins-interroges-utilisent-google>
50. Ipsos. Quels enjeux pour les Français sur une labellisation dans la santé connectée ? [Internet]. Ipsos. 2016 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/quels-enjeux-pour-les-francais-sur-une-labellisation-dans-la-sante-connectee>
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2011.
52. Pandelé. Rapide, simple et indépendant : c'est Doocteur, le Google des médecins [Internet]. egora.fr. 2019 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/e-sante/47087-rapide-simple-et-independant-c-est-doocteur-le-google-des-medecins>
53. Bregeras, Barroux. Doctolib : le patron dévoile les plans de la nouvelle licorne française [Internet]. Les Echos Executives. 2019 [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/financer-sa-creation/0600929117340-doctolib-le-patron-devoile-les-plans-de-la-nouvelle-licorne-francaise-327914.php#Xtor=AD-6000>
54. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
55. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
56. Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité.
57. CNOM. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>

58. HON. Health On the Net fait la promotion d'une information de santé en ligne fiable et transparente grâce à la certification HONcode. [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/fr/>
59. Hon Code. Collaboration HON-HAS - la certification des sites de santé en France [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://www.hon.ch/HONcode/Pro/visitor_safeUse3_f.html
60. Armand Colin. L'entretien compréhensif - 4e éd. [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.armand-colin.com/lentretien-comprehensif-4e-ed-9782200613976>
61. Centre de Documentation et de Recherche, en Médecine Générale. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? 2003.
62. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
63. Daniel Bertaux - Armand Colin. L'enquête et ses méthodes : le récit de vie [Internet]. 2e édition. Librairie des Sciences; 2005 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.librairie-sciencespo.fr/livre/9782200341282-l-enquete-et-ses-methodes-le-recit-de-vie-2e-edition-daniel-bertaux/>
64. A. Blanchet, A. Gotman. L'entretien - L'enquête et ses méthodes [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2020]. (Librairie Eyrolles). Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/l-entretien-9782200601911/>
65. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Rev Sci L'éducation. 2012;38(1):23-45.
66. LEPCAM. Recueil de données en recherche qualitative [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
67. Fenneteau. Enquête : entretien et questionnaire. 2015.
68. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
69. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qual Sociol. 1 mars 1990;13(1):3-21.
70. Herpin N, Barney G, Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 16 avr 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1357>
71. Héas S, Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 20 sept 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
72. LEPCAM. Analyse des résultats [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
73. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. Qual Rep. 1 déc 2003;8(4):597-606.
74. 2019.06.17 - RIPH+RGPD v1.1 [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <http://pab.ovh/lime/index.php/236349/lang/fr/newtest/Y>
75. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
76. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. 2014.
77. Laversin S, NH, Fanelli G., Pages F., Mokhbi J. Le patient internaute. HAS; 2007.
78. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Docteur Jacques LUCAS, Vice - Président du CNOM et du Docteur François STEFANI, Vice - Président de la section

- éthique et déontologie du CNOM. « Vers une meilleure intégration d'Internet à la relation médecins-patients ». 2010.
79. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'évolution de la relation médecin-patient à l'heure d'internet. 2010.
 80. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, Lee K, et al. The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship. *J Med Internet Res*. 29 août 2003;5(3).
 81. Battesti E. Où trouver les réponses aux questions pratiques des médecins généralistes ? *exercer* 2010;90(suppl1):60S-1S.; 2010.
 82. Tang H, Ng JHK. Googling for a diagnosis—use of Google as a diagnostic aid: internet based study. *BMJ*. 30 nov 2006;333(7579):1143-5.
 83. Haute Autorité de Santé, Nabarette H., Brami J., Gaba K.G.,. Enquête : Les médecins généralistes et leurs perceptions des discussions avec les patients au sujet d'internet « plus de deux français sur trois sur internet: quel impact pour vous, généraliste? » [Internet]. 2011 juin 24 [cité 16 avr 2020]; Nice. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/HAS_Sante/plus-de-deux-franais-sur-trois-sur-internet-quel-impact-pour-vous-gnralistes
 84. OMS. Promotion de la santé, Charte Ottawa. 1986;6.
 85. Kivits J. Informed patients and the internet: a mediated context for consultations with health professionals. *J Health Psychol*. mars 2006;11(2):269-82.
 86. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76.
 87. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Commun Rev Commun Soc Publique*. 1 déc 2013;(10):1-24.
 88. Ipsos. Internet ne remplace pas encore le médecin [Internet]. Ipsos Public Affairs. 2010 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>
 89. Tustin N. The role of patient satisfaction in online health information seeking. *J Health Commun*. janv 2010;15(1):3-17.
 90. Powell J, Inglis N, Ronnie J, Large S. The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res*. 23 févr 2011;13(1):e20.
 91. Thieffry. Santé: pièges et limites du diagnostic 2.0 [Internet]. *Le Soir Plus*. 2017 [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lesoir.be/125569/article/2017-11-22/sante-pieges-et-limites-du-diagnostic-20>
 92. Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ*. 18 mai 1991;302(6786):1186-8.
 93. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapie*. 1 nov 2003;58(6):513-7.
 94. Amalric (f), AMALRIC (F.), LOOCK (J.). Caractériser le modèle français de prescription : une évaluation critique des indicateurs utilisés. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2008 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=407535>
 95. Fédération Hospitalière Française. Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. [Internet]. 2012 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-%20aux-pratiques-d-actes-injustifies>
 96. Roux C. Généralistes face à la justice : leurs avocats racontent. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.cabinet-abc.fr/medias/shared/article-le-generaliste.pdf>

97. Huber F. Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au conseil de l'ordre: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle. *Fevrier* 2017;111.
98. Dupuis C. 1 126 agressions de médecins, le triste record de 2018 [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. 2019 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/1-126-agressions-de-medecins-le-triste-record-de-2018>
99. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. *Rev Francaise Aff Soc*. 16 déc 2011;(2):297-309.
100. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey conducted in France in 2007. *Inform Health Soc Care*. janv 2010;35(1):25-39.
101. TNS Qual+. Eurobaromètre. 2012.
102. Pew Research Center. Most internet users start at a search engine when looking for health information online. [Internet]. 2006 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.pewresearch.org/internet/2006/10/29/most-internet-users-start-at-a-search-engine-when-looking-for-health-information-online/>
103. Lagarde L. Outil 36. L'intolérance à l'incertitude. *BaO Boite Outils*. 2019;96-7.
104. Ipsos. Les médecins à l'ère du numérique [Internet]. Ipsos. 2017 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
105. Broom A. Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qual Health Res*. mars 2005;15(3):325-45.
106. Helft PR, Hlubocky F, Daugherty CK. American oncologists' views of internet use by cancer patients: a mail survey of American Society of Clinical Oncology members. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 mars 2003;21(5):942-7.
107. Lejoyeux M. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 oct 2011;195(7):1477-90.
108. John Germov. Second Opinion [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://global.oup.com/ushe/product/second-opinion-9780190306489?cc=fr&lang=en&>
109. Charpy C. Les Comptes de la Sécurité Sociale. 2018.
110. Article L162-2-1 du Code de la sécurité sociale [Internet]. *Doctrine*. 1996 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.doctrine.fr/l/texts/codes/LEGITEXT000006073189/articles/LEGIARTI000006741333>
111. BBC. Health anxiety « due to cyber-chondria ». *BBC News* [Internet]. 7 sept 2017 [cité 8 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.bbc.com/news/health-41176729>
112. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient: étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. 2013;112.
113. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns*. oct 2006;63(1-2):24-8.
114. Bylund CL, Gueguen JA, Sabee CM, Imes RS, Li Y, Sanford AA. Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 1 juin 2007;66(3):346-52.
115. HAS. Internet Santé et vos patients. 2007.
116. Andersson T, Cruchet S, Gaudinat A. L'usage d'Internet dans la relation patient médecin. 2008;1.

117. Deau X, Vacheron A. L'analyse d'un médecin omnipraticien de la relation médecin-malade-Internet dans sa pratique quotidienne. Discussion : De l'autodiagnostic à l'automédication. Bull Académie Natl Médecine. 2007;191(8):1497-502.
118. Mirallès K, Guay N, Picavet J, Guerrero A, Rollin M. Les Nanotechnologies, Biotechnologies, l'Intelligence artificielle et les sciences Cognitives (NBIC) sont-elles l'avenir des soins de santé?
119. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. Savoirs. 2014;35(2):9.
120. Trisha Torrey. Apomédiation et apomédiaire en soins de santé [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <https://fr.approbly.com/apomediation-et-apomediaire-en-soins-de-sante/>
121. Eysenbach G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. J Med Internet Res [Internet]. 25 août 2008 [cité 4 mai 2020];10(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626430/>
122. HAS. Patients : votre navigation sur les sites Internet en santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1504895/en/patients-votre-navigation-sur-les-sites-internet-en-sante
123. Laplantine. Anthropologie de la maladie [Internet]. Unithèque. 1998 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/anthropologie-maladie/bibliotheque-scientifique-payot/payot/Livre/97207>
124. Corinne Perdrix. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. exercer. 2016;27(125):132-7.
125. HAS. Démarche centrée sur le patient. 2015.
126. Ahluwalia S, Murray E, Stevenson F, Kerr C, Burns J. « A heartbeat moment »: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. févr 2010;60(571):88-94.
127. Bouchacourt C. Les patients « Heartsink »: la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.
128. Faurre A. L'information médicale des patients via internet est-elle source de conflits entre le patient et son médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014.
129. Galam D. Oser dire « non » avec sérénité. Rev Prat. 20 nov 2007;(21):(788/789).
130. Cullen RJ. In search of evidence: family practitioners' use of the Internet for clinical information. J Med Libr Assoc. oct 2002;90(4):370-9.
131. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
132. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
133. Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.
134. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
135. Conseil national de l'Ordre des médecins. Ethique dans les usages du numérique en santé. 2012.
136. HAS. Vers une évolution de la certification des sites santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
137. Prescrire.org. Prescrire n'affiche pas le HONcode [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/12/38/0/529/About.aspx>

138. Winker MA, Flanagan A, Chi-Lum B, White J, Andrews K, Kennett RL, et al. Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites. American Medical Association. JAMA. 22 mars 2000;283(12):1600-6.
139. HAS. internet sante faites bons choix. 2008.
140. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Charte de conformité déontologique applicable aux sites web professionnels des médecins. 2014.
141. Perrin SC. Quels sites internet utilisent les médecins généralistes en consultation? Enquête de pratique auprès de 100 médecins généralistes libéraux installés en Gironde. janv 2016;71.
142. Pletneva N, Cruchet S, Simonet M-A, Kajiwara M, Boyer C. Évolution d'Internet dans le Domaine Médical. 1 janv 2011;
143. HCSP. Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=158>
144. HAS. La e-santé & la m-santé [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/e_sante_essentiel_en_4_pages.pdf
145. Silber D. Bilan de l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient : recommandations aux professionnels en France. Hépatogastro. 2005;12(1):59-64.
146. Newhouse N, Lupiáñez-Villanueva F, Codagnone C, Atherton H. Patient use of email for health care communication purposes across 14 European countries: an analysis of users according to demographic and health-related factors. J Med Internet Res. 6 mars 2015;17(3):e58.
147. CNOM. Médecins et médias numériques - Conseil - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/respect-de-la-vie-prive-par-le-mdecin-lorsqu-il-utilise-les-differentes-applications-numriques>

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.



RESUME

Introduction :

De nos jours, Internet est devenu un moyen de communication et de connaissance incontournable. Les patients se renseignent de plus en plus sur leur santé et cela a des répercussions pendant la consultation médicale. L'objectif principal de notre étude a été d'analyser le ressenti et l'adaptation des médecins généralistes dans le Var et les Bouches du Rhône par rapport au patient internaute, dans leur pratique quotidienne.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt-trois médecins généralistes dans les départements du Var et des Bouches du Rhône. Les entretiens ont été enregistrés via deux téléphones numériques en présentiel, puis retranscrits intégralement, en respectant l'anonymat, jusqu'à saturation des données. L'analyse avec le logiciel Nvivo a permis d'extraire des mots clés, puis des notions, en faisant une triangulation à deux chercheurs.

Résultats :

Une partie des médecins ont aperçu internet dans leur relation avec le patient comme un intervenant avec un rôle globalement positif. Pour eux l'information apportée était bénéfique et le perfectionnement continu se faisait des deux côtés, pour finalement consolider la confiance et enrichir leur interaction avec le patient. Ils appréciaient les patients informés, qui jouaient un rôle actif dans leur prise en charge. Ils acceptaient comme tels le droit à l'information pour tous, la démocratisation contemporaine de la santé et la décision médicale partagée. Ils considéraient que internet leur permettait un partage enrichissant avec leurs patients, tout en conservant leur rôle de référent du savoir médical. Une autre partie des médecins ressentait un impact négatif de l'intervention d'internet dans la pratique médicale. Ils se sentaient constamment remis en question, dévalorisés, sous pression, obligés de se justifier. Tout cela mettait en danger leur statut de confident et de référent sur la santé. Les consultations avec des patients internautes étaient chronophages. Une grande partie mettaient en garde sur la fiabilité des sources d'information médicale accessibles au grand public, qui pouvaient amener à une mauvaise compréhension et avoir un effet anxiogène injustifié. D'autres problèmes ont été signalés par les médecins, des erreurs dans leur propre approche qui pourraient pousser les patients à faire appel à internet : un manque de temps, d'expérience, d'écoute ; des délais d'attente trop longs pour les consultations, versus des patients très demandeurs d'être rassurés et pour qui la santé doit s'aligner à l'ère de la vitesse. En accord avec la société de consommation actuelle, les médecins se sentaient devenir des prestataires de services devant des patients-clients et la santé était en train de devenir un objet de consommation. Cette nouvelle relation marchande est soumise à l'inflation par la demande. Peu de praticiens ont affirmé que internet ne changeait pas leur pratique médicale ou qu'ils n'avaient pas de patients internautes.

Face à ces changements, des médecins ont dû s'adapter. Nous avons pu définir sept attitudes à adopter devant un patient internautes : l'accompagnement, l'adaptation « sur mesure », l'explication, la méfiance, l'attitude défensive, l'attitude offensive, le professionnalisme.

Conclusion :

Cette étude a montré les effets positifs dans la relation médecin-patient, mais également les points négatifs. Les médecins se sont adaptés chacun à leur manière dans l'intérêt de leur patient, en le maintenant au centre du projet de soins. Les résultats obtenus par cette étude laissent la place pour de nouvelles perspectives. Il est possible d'envisager une formation sur la gestion du patient-internaute pour les étudiants en médecine et les médecins généralistes. On peut également promouvoir la création de sites internet faits par des médecins, pour un contrôle renforcé de l'information médicale accessible au grand public et un meilleur encadrement de la certification des sites médicaux.

Mots-clés : patient internaute ; enquête qualitative ; relation médecin-patient ; internet ; consultation