



HAL
open science

**Cheminement et sélection des sources d'information
pour une décision thérapeutique en médecine de premier
recours : proposition d'un schéma explicatif par
théorisation ancrée**

Matthieu Thomazo

► **To cite this version:**

Matthieu Thomazo. Cheminement et sélection des sources d'information pour une décision thérapeutique en médecine de premier recours : proposition d'un schéma explicatif par théorisation ancrée. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03591210

HAL Id: dumas-03591210

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03591210v1>

Submitted on 28 Feb 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2021

par

Monsieur THOMAZO Matthieu

Né le 15 mars 1992 à Cherbourg-en-Cotentin (50)

TITRE DE LA THÈSE :

**Cheminement et sélection des sources d'information pour une décision
thérapeutique en médecine de premier recours : proposition d'un schéma explicatif
par théorisation ancrée.**

Présidente : Madame la Professeure ALI Carine

Membres : Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Monsieur le Docteur SOULIÉ Benoît, « Directeur de thèse »

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme VERNEUIL Laurence Dermatologie
M. VIVIEN Denis Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme BELLOT Anne Pédiatrie
Mme CHATELET Valérie Néphrologie
M. GUILLAUME Cyril Médecine palliative
M. LABOMBARDA Fabien Cardiologie
M. LE BAS François Médecine Générale
M. PIEDNOIR Emmanuel Maladies infectieuses et tropicales
M. QUEFFEULOU Guillaume Néphrologie
Mme VILLOT Anne Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M. DERLON Jean-Michel Neurochirurgie
M. GUILLOIS Bernard Pédiatrie
M. HURAUULT de LIGNY Bruno Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel Hématologie
M. RAVASSE Philippe Chirurgie infantile
M. TROUSSARD Xavier Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey	Médecine générale
M. BANSARD Mathieu	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme NOEL-DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
-----------------------------	----------------------------

Remerciements

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de venir juger mon travail :

Madame la Professeure Carine ALI : Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, ainsi que d'avoir fait grandir mon intérêt pour la recherche pendant mes études.

Monsieur le Docteur Mathieu BANSARD, merci de m'avoir accompagné et soutenu pendant cette aventure, toujours avec bienveillance.

Monsieur le Docteur Pierre-André COUETTE, merci de m'avoir fait découvrir l'apport des groupes BALINT, et à travers eux de m'avoir aidé à naviguer d'abord à travers l'internat, puis vers les eaux parfois tumultueuses des relations inter-humaines qui font le cœur de notre spécialité.

Monsieur le Docteur Benoît SOULIÉ, qui a dirigé cette thèse, merci pour ta patience, et merci de m'avoir donné le temps, les ressources et la liberté de choisir un sujet qui m'intéresse réellement. Merci également pour ta réactivité et ta disponibilité impressionnantes qui m'ont permis d'avancer avec confiance tout au long de ce travail.

Merci à tous les participants à cette étude dont chaque entretien m'a permis de cheminer un peu plus sur le trajet de mon épanouissement professionnel.

Merci à l'ensemble de mes maîtres de stages qui m'ont chacun appris une facette de ce qui tend à être ma propre manière d'exercer. Je ne peux pas tous vous citer, mais je pense particulièrement aux docteurs MOUCHEL, TAISNE, PAGGI, MATTER (fois deux !), VALLETEAU DE MOUILLAC, RUAULD, HARDOUIN, LEMONNIER et bien sûr à mon nouveau collègue le docteur MARCHENAY.

À tous ceux qui m'ont accompagné pendant mes stages, Benoît, Antoine, Pierre-Alban, Bhavani, Laurent, Joanne, Charlotte, Guillaume, Sylvain, Garid, Clément, Quentin... je ne peux pas non plus tous vous citer.

Merci aux réalisateurs des podcasts de Radio France et de Thinkerview qui m'ont accompagné pendant ces longs mois de travail et de rédaction (et rendu les pauses intéressantes) et aux développeurs des logiciels open-source qui m'ont permis de réaliser cette thèse en toute indépendance : Linux, Open Office, Jitsi, Firefox, et bien évidemment TOR sans lequel ma bibliographie se serait étoffée moins fluidement.

À toutes celles et ceux qui m'ont non seulement accompagné pendant ce travail mais qui m'ont aussi soutenu tout au long de mes études, mes amis et membres de la Cocotine : Valentin, Morgane, Bertrand, Estelle, Nicolas, Raphaëlle, Renaud, Solenne, Solène, Victor. Et bien sûr mon ex-coloc Alexandre.

Merci à celles qui m'ont accompagné et soutenu à diverses périodes de mes études, Nelly, Marie et Anissa sans qui les interminables révisions auraient été beaucoup moins drôles. Et merci Kahina, on aura parcouru un bon bout de chemin ensemble.

À celles et ceux que j'ai rencontré pendant mes nombreuses expériences associatives : Ambre, Valentin, Rahma, Jacques, Félix et tous les autres...

Particulièrement à toutes les personnes que j'ai rencontrées lors de mon passage à l'ISNAR-IMG, que nos chemins se soient juste croisés ou que nous soyons maintenant amis, vous m'avez tous beaucoup appris. Merci Lucie, Pierre, Pieter, Stéphane, Maxence, Nolwenn, Sophie, Sébastien, Guillaume... sans oublier Marion !

À Charlotte, la voix de la raison dans la tempête, les petits mots doux dans les moments de faiblesse et les furtifs jingles pendant les pauses. Merci d'autant plus pour cette magnifique R1 de manuscrit. À Alice, pour tes éclairs de génie !

À Pierre, bien plus qu'un collègue dans toutes ces aventures, le quatrième membre du trio, qui m'a en plus été d'une grande aide lors de cette thèse, notamment pour la conception du schéma. Voyez Plutôt.

À Marianne... Merci pour toutes ces relectures, pour toutes ces suggestions détaillées, mais aussi pour notre expérience à l'ISNAR-IMG, où tu as su retenir ma fougue lorsque c'était nécessaire. Comme disent les anglophones avec un sens tout autre : « Sky is the limit ! »

À Justine, pour avoir partagé ses talents de graphiste et de conseillère en communication pour la réalisation du schéma final, sans qui ce dernier aurait été beaucoup moins joli, ce qui vaut bien un grand « Mercciiiiiii... Justine, merci Justine merci Justiiiiine... » !

Et évidemment, merci à ma famille, pour tout, mais surtout pour avoir assuré la logistique monstrueuse de ces études, pour les déménagements et les colis « croix-rouge », merci à tous ceux qui m'ont aidé à en arriver là d'une manière ou d'une autre, particulièrement Xavière, mes grands-parents, Thibaut, et bien sûr mes parents qui étaient aux premières loges et m'ont formidablement soutenu durant ces nombreuses années. Et pour la thèse, merci à Ombeline et son oreille compatissante pendant mes pauses !

Enfin, Nadim. Merci, entre autres d'avoir cohabité avec cette thèse, particulièrement ces derniers mois. Merci d'être là au quotidien. Et surtout, merci pour tout le reste.

أنا بحبك ببيي

Abréviations

AINS	Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANDPC	Agence Nationale du Développement Continu
ARS	Agence Régionale de Santé
BCB	Banque Claude Bernard
BMJ	British Medical Journal
CA	Conseil d'Administration
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMG	Collège de Médecine Générale
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRAT	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
DCI	Dénomination Commune Internationale
DU	Diplôme Universitaire
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
EBM	Evidence-based medicine
ECN	Examen Classant National
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMA	European Medicines Agency
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IEC	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JCVI	Joint Committee on Vaccination and Immunization
LEEM	Les Entreprises du Médicament
LDL	Low-Density Lipoprotein

MCU	Maître de Conférence des Universités
Médecin généraliste	Spécialiste de médecine générale, médecin de premier recours
MeSH	Medical Subject Heading
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RSCA	Récit de Situation Complexe Authentique
UDA	Union Des Annonceurs
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMR	Service Médical Rendu
SPEPS	Syndicat de la Presse et de l'Édition des Professions de Santé
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue française
VPPB	Vertiges Positionnels Paroxystiques Bénins

Index des tableaux et figures

Index des tableaux

Table 1: Caractéristiques des répondants.....	13
Table 2: Première grille d'entretien.....	73

Index des figures

Figure 1 : Schéma explicatif de la façon dont une information chemine et est prise en compte dans la démarche de décision thérapeutique des médecins <i>généralistes</i>	34
Figure 2: Exemple de cheminement d'une information tel qu'exprimé dans le cinquième entretien.....	35
Figure 3: La décision médicale selon J.M. <i>CHALBOT</i>	45
Figure 4: Intégration des clusters de l'étude du Dr PINTO dans notre schéma.....	46
Figure 5: Schéma initial résumant les a-priori de l'auteur sur le sujet.....	58
Figure 6: Première ébauche de schématisation.....	60
Figure 7: Deuxième ébauche de schématisation.....	62
Figure 8: L'erreur humaine selon Reason.....	62
Figure 9: Troisième ébauche de schématisation.....	64
Figure 10: Quatrième ébauche de schématisation.....	66
Figure 11: Première mise en forme du schéma.....	67
Figure 12: Mise en forme en ne proposant qu'une seule flèche.....	68
Figure 13: Mise en forme proposant la représentation des trois clusters de l'étude du Dr PINTO.....	69

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Les enjeux de la connaissance des facteurs influençant les décisions médicales.....	2
2.1. Les différentes sources d'information en médecine générale.....	2
2.1.1. La formation.....	2
2.1.1.1. Formation initiale.....	2
2.1.1.2. Développement professionnel continu.....	2
2.1.1.2.1. La littérature scientifique.....	3
2.1.1.2.2. Les recommandations officielles des institutions.....	3
2.1.1.2.3. Les revues médicales.....	4
2.1.1.2.3.1. Littérature grise.....	4
2.1.1.2.4. Internet.....	4
2.1.1.2.4.1. Les sites non spécialisés.....	4
2.1.1.2.4.2. Les sites spécialisés dans l'aide à la décision médicale.....	5
2.1.1.2.5. La formation universitaire.....	5
2.1.1.2.6. L'information des entreprises du médicament.....	5
2.1.1.2.6.1. L'information directe.....	5
2.1.1.2.6.1.1. La « visite médicale ».....	5
2.1.1.2.6.1.2. La publicité.....	6
2.1.1.2.6.2. L'information indirecte.....	6
2.1.1.2.6.2.1. La formation initiale.....	6
2.1.1.2.6.2.2. Les leaders d'opinion.....	7
2.1.1.2.6.2.3. Les conflits d'intérêts avec la presse spécialisée.....	7
2.1.2. Les déterminants de la décision médicale.....	8
2.1.2.1. Les déterminants spécifiques de la prescription médicale.....	8
2.1.2.1.1. Les caractéristiques du patient.....	8
2.1.2.1.2. Les caractéristiques de la consultation.....	9
2.1.2.1.3. Les caractéristiques du médecin.....	9
2.2. Question de recherche.....	9
3. Méthodologie.....	11
3.1. Objectif principal.....	11
3.2. Choix de l'étude.....	11
3.3. Investigateurs et liens d'intérêts.....	12
3.4. Population.....	12
3.5. Éthique.....	12
3.6. Recueil des données.....	12
3.7. Analyse des données.....	13
3.8. Modélisation graphique.....	13
4. Résultats.....	14
4.1. Délégation du recensement et de la critique des données de la science.....	14
4.2. L'accessibilité de l'information.....	19
4.3. Les préférences professionnelles.....	21
4.4. La confirmation par les pairs.....	24
4.5. La vigilance.....	26
4.6. L'adaptation au contexte.....	29
4.7. Conception du modèle explicatif.....	32
4.7.1. Résumé de la démarche.....	32
4.7.2. Schématisation.....	34

5. Discussion.....	37
5.1. Forces et limites.....	37
5.1.1. Intérêt de la méthode.....	37
5.1.2. Limites de la méthode.....	37
5.1.3. Limites de la schématisation.....	38
5.2. Principaux résultats et littérature existante.....	38
5.2.1. La délégation du recensement et de la critique.....	38
5.2.2. L'accessibilité.....	39
5.2.2.1. La fatigue.....	39
5.2.2.2. Le coût des thérapeutiques.....	40
5.2.2.3. L'incertitude décisionnelle.....	40
5.2.3. Les préférences.....	40
5.2.3.1. Mimétisme, compagnonnage et vicariance.....	40
5.2.3.2. L'industrie du médicament.....	41
5.2.3.3. La compréhension de l'Evidence-Based Medicine.....	41
5.2.3.4. Les perceptions de la revue Prescrire.....	42
5.2.4. Le médecin, une unité et un réseau.....	42
5.2.5. Le contexte, le patient.....	43
5.2.5.1. Culture de la prescription, de la non-prescription.....	43
5.2.5.2. L'attente des patients.....	44
5.2.6. Similitudes et différences entre ce schéma et les précédentes études.....	45
5.3. Perspectives.....	47
6. Conclusion.....	48
7. Bibliographie.....	49
8. Annexes.....	58
8.1. Journal de bord.....	58
8.2. Avis du comité d'éthique.....	71
8.3. Première grille d'entretiens.....	72
8.4. Verbatim 1.....	74
8.5. Verbatim 2.....	77
8.6. Verbatim 3.....	86
8.7. Verbatim 4.....	95
8.8. Verbatim 5.....	104
8.9. Verbatim 6.....	111
8.10. Verbatim 7.....	121

1. Introduction

Des décisions thérapeutiques sont prises lors de chaque consultation. Elles peuvent concerner une prescription, un acte, une recommandation, ou le choix d'adresser le patient à un confrère. Ces décisions sont censées se baser sur l'Evidence-Based Medicine (EBM), associant à la fois les données de la science et l'expertise clinique du praticien, puis être adaptées ensuite au patient en fonction de son état et de ses préférences (1).

Les données de la science, soit les études extraites de la littérature scientifique, peuvent être analysées, commentées, sélectionnées, agrégées puis diffusées sous forme de littérature « grise » (2–4) dont les formats sont plus adaptés à la mise à jour de connaissances en médecine générale mais dont la qualité dépend du professionnalisme de ces intermédiaires : avoir une source fiable et de qualité devient alors un enjeu essentiel pour la pratique médicale.

Ces sources d'agrégation des données scientifiques sont multiples et sont principalement retrouvées sur internet (5) mais elles incluent aussi des ouvrages de référence, des revues médicales (sponsorisées ou indépendantes), des documents informatifs publicitaires laissés par la force de vente de l'industrie du médicament, et les avis d'experts lors de recommandations ou de présentations orales (6).

Lorsqu'un choix doit être fait dans la sélection d'une source d'informations, il semblerait que l'on observe trois profils de médecins généralistes : un premier favorisant les recommandations d'experts, un second utilisant principalement les connaissances issues de leur formation et de l'expérience clinique et un troisième pour lequel les données issues des revues médicales indépendantes prévalent (7). Les répondants classés dans le premier profil, réceptifs à l'avis de leurs pairs, semblent enclins à suivre tout particulièrement l'argument d'autorité des « leaders d'opinions », jugeant la qualité de leurs propos à la lumière de la reconnaissance qu'ils leur attribuent. Cependant, il semblerait que cette catégorisation masque une réalité plus complexe.

Après avoir présenté les enjeux de la compréhension des facteurs influençant les décisions médicales, nous présenterons la démarche nous ayant amenés à réfléchir à la proposition d'un modèle expliquant la prise en compte d'une source d'information dans la démarche de décision thérapeutique des médecins généralistes.

2. Les enjeux de la connaissance des facteurs influençant les décisions médicales

Avant de nous intéresser à une analyse explicative du choix des sources d'informations des médecins dans le cadre de leur démarche décisionnelle, il convient de faire un état de l'art des connaissances actuelles, à savoir identifier les principales sources et leurs influences, recenser les déterminants de la décision médicale, et questionner enfin l'importance du rôle de ces facteurs et de leur connaissance dans la pratique de la médecine générale.

2.1. Les différentes sources d'information en médecine générale

2.1.1. La formation

2.1.1.1. Formation initiale

La formation initiale française des médecins généralistes, ou spécialistes de premier recours, est à ce jour constituée de trois cycles de trois ans. Un premier cycle est dédié aux apprentissages fondamentaux. Le deuxième, appelé communément « externat », correspond au temps où l'apprentissage est partagé entre les salles de cours et un apprentissage clinique au lit du patient. À l'issue de ces six années un troisième cycle, l'« internat », vient conclure l'apprentissage initial. L'étudiant y entame un processus d'apprentissage professionnalisant centré sur l'acquisition de compétences multiples (8). Le temps de formation est presque exclusivement dédié à des stages cliniques, face au patient, avec une gradation dans l'autonomie qu'il doit acquérir (9).

Le compagnonnage est central dans l'apprentissage de l'étudiant, notamment au cours des deuxième et troisième cycles. Les étudiants de deuxième cycle vont apprendre en observant leurs aînés pour acquérir une base de connaissances. Les « internes » doivent eux acquérir un savoir-faire et un savoir-être face au patient sur la base, entre autres, d'un processus pédagogique rétroactif et réflexif (10).

Cet apprentissage permet la constitution du socle initial de connaissances et compétences de la profession. L'évolution constante des connaissances scientifiques et de leurs applications à la médecine rend cet apprentissage insuffisant pour une vie d'exercice, une formation continue est alors nécessaire (11).

2.1.1.2. Développement professionnel continu

Autrefois obligation uniquement déontologique à travers le serment médical (12) – « *je les entretiendrai [mes compétences] et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés* » –, la formation médicale continue est devenue une obligation légale depuis les

ordonnances « Juppé » de 1996 (13). Comme dans de nombreux autres pays (14), le principe de « recertification » est également entré dans la réglementation française en 2019 (15). Le but est de garantir un maintien des compétences, une qualité des pratiques professionnelles et une actualisation du niveau des connaissances (16).

Dans cet objectif, des organismes de développement professionnel continu sont nombreux et l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) permet de faire reconnaître certaines formations (17). Bien que de qualité variable, il existe également beaucoup de démarches personnelles informelles en réaction à une situation clinique sortant de l'ordinaire. La recherche directe de données scientifiques par l'usage de différents moteurs de recherche (Pubmed, Hetop, etc.), par l'utilisation de mots-clés (termes MeSH) et d'équations de recherche précises est possible. La recherche indirecte également, en passant par différents « filtres », tels que les revues, les recommandations, les avis d'experts, etc (6).

2.1.1.2.1. La littérature scientifique

La littérature scientifique dite primaire est l'une des bases de l'EBM (Evidence-Based Medicine) traduite comme une « médecine fondée sur des preuves » ou encore « médecine factuelle » (1).

Malgré tout, elle reste mal adaptée à la pratique quotidienne de la médecine générale. En 1995, il a été estimé qu'un généraliste devrait lire environ 19 articles chaque jour, 365 jours par an, pour se tenir au courant de toutes les avancées de sa spécialité (18). En 2021, on devine que le même généraliste devrait lire plus d'articles par jour qu'il ne verrait de patients. Ces revues sont indépendantes ou subventionnées par des entités privées telles que l'industrie du médicament ou des institutions (19). Divers supports de synthèse des informations sont proposés aux médecins de premier recours. Cette littérature dite grise (2) est conçue pour synthétiser et rendre plus abordable une réalité scientifique déterminée par les résultats de la littérature dite primaire.

2.1.1.2.2. Les recommandations officielles des institutions

De nombreuses prises en charge sont codifiées par des recommandations d'experts agrégées dans le cadre de sociétés savantes. Bien que se basant sur des données de la science et proposées par des professionnels dont les compétences sont reconnues par leurs pairs, elles restent des interprétations de données scientifiques brutes, interprétations qui varient selon la composition du groupe en charge de leur élaboration. Elles varient donc parfois d'un pays à l'autre selon les différences d'appréciation des rapports bénéfice/risque ou bénéfice/coût, individuels ou populationnels (20).

On peut citer comme exemple récent de variation de ces recommandations les différences concernant les vaccins contre le SARS-CoV-2 dans des pays dont les populations sont pourtant relativement comparables. Public prioritaire, contre-indications, espacement et nombre de doses : en avril 2021 par exemple, les experts du Joint Committee on Vaccination and Immunization (JCVI) du Royaume-Uni (21) décidaient que le vaccin ChAdOx1 nCoV-19 développé conjointement par l'université Oxford et l'industriel AstraZeneca devait être réservé à un public dont l'âge était supérieur à 30 ans, quand la Haute Autorité de Santé (HAS) française (22) avait décidé en mars 2021 de suivre l'avis des experts de l'European Medicines Agency (EMA), à savoir une restriction de l'administration de ce même vaccin chez les personnes de plus de 55 ans.

Une autre critique des recommandations d'experts est le manque de transparence de ces recommandations, à savoir la nature de l'ensemble des sources sur lesquelles les différents experts se basent et l'exhaustivité supposée de leurs déclarations d'intérêts. En 2011, le Conseil d'État (23) a par exemple enjoint la HAS à retirer notamment ses recommandations sur la prise en charge du diabète de type 2 à la suite d'un défaut de signalisation de l'ensemble des conflits d'intérêts des auteurs.

En dépit de ces critiques, les institutions semblent être l'une des principales sources d'information des médecins, particulièrement en temps de crise (24).

2.1.1.2.3. Les revues médicales

Les revues médicales de référence (25) sont des revues destinées à transmettre une information médicale aux praticiens et autres professionnels de santé. Quand des articles sont proposés à la publication, ils sont soumis à une relecture par des pairs (*peer-reviewing*), choisis pour leur expertise dans la thématique abordée.

2.1.1.2.3.1. Littérature grise

Ces publications ont pour cible principale les médecins qui ne lisent pas les études publiées dans les revues médicales de référence. Étant donné leur nature polymorphe et éphémère, il est très difficile d'en donner une définition précise (2). Elle peut englober un vaste pan de la presse médicale, mais aussi des publications n'ayant pas été revues par des pairs, des présentations, des sites internet, etc.

2.1.1.2.4. Internet

2.1.1.2.4.1. Les sites non spécialisés

Internet, au sens large, a été très rapidement utilisé par les médecins, leur permettant un accès rapide à l'information médicale (26). Il est de plus en plus utilisé pendant les consultations (5).

Certains médecins recherchent directement les réponses à leurs questions *via* des moteurs de recherches non spécialisés ainsi que des sites destinés aux patients (27). Google® est de loin le moteur de recherche le plus utilisé (28). Les résultats référencés sur la première page sont presque exclusivement les seuls à être retenus par les internautes (29). Les déterminants exacts de ce référencement ne sont connus que de l'entreprise même, ce qui interroge sur la pertinence des premiers sites référencés dans la pratique quotidienne de la médecine de premier recours, d'autant plus qu'il n'existe pas en France de « grille qualité française de l'information médicale en ligne » qui pourrait permettre aux médecins d'évaluer simplement la pertinence de ces sites d'aides à la décision (30).

2.1.1.2.4.2. Les sites spécialisés dans l'aide à la décision médicale

De plus en plus utilisés par les médecins généralistes français, ces sites d'aides à la décision médicale sont souvent jugés fiables : d'après une étude de 2020 évaluant la qualité de ces outils, une note moyenne de 5 sur 7 était retrouvée, malgré l'absence de charte de qualité ou de label académique (31).

2.1.1.2.5. La formation universitaire

La participation à des conférences ou l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, par exemple via des DU (Diplôme Universitaire) ou DIU (Diplôme Inter-Universitaire), dans un cadre universitaire, est une option prisée par une majorité de médecins, mais qui semble dépendre fortement de l'éloignement entre le lieu d'exercice et la faculté de référence (32).

2.1.1.2.6. L'information des entreprises du médicament

2.1.1.2.6.1. L'information directe

2.1.1.2.6.1.1. La « visite médicale »

Souvent perçue comme une source d'information comme une autre par les praticiens et présentée comme telle, l'objectif assumé par l'industrie qui orchestre ces démarchages est pourtant bien commercial : dans la fiche métier des visiteurs médicaux, le syndicat des entreprises du médicament (LEEM) (33) prévient que ces acteurs doivent « *entretenir une relation professionnelle avec [les médecins] pour promouvoir les produits et leur bon usage dans le respect de l'éthique.* » (34)

Malgré une notion du « *respect de l'éthique* », les visiteurs médicaux sont bel et bien encouragés à créer des liens d'amitié avec des praticiens qu'ils identifient pourtant comme des clients (35). Environ 20 % du chiffre d'affaires global et 40 % des effectifs de l'industrie sont consacrés à la promotion du médicament, avec un lien clairement démontré entre l'intensité du travail de promotion et le volume de prescriptions de médicaments plus chers et plus récents (36,37), d'autant plus lorsque cette interaction est accompagnée d'un repas (38), ou d'autres types d'avantages (39). Certains chercheurs

indiquent même que leurs résultats peuvent être « *utilisés pour affiner leurs stratégies de marketing à destination des médecins* » (traduction libre) (40)

2.1.1.2.6.1.2. La publicité

En France, le code de la santé publique (41) stipule que « *La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique [...]* »

Si la publicité auprès du public de ces médicaments est donc interdite en France, les entreprises du médicament peuvent néanmoins cibler les praticiens prescripteurs, notamment via les revues médicales, et ce pour l'ensemble des produits de santé. En France, le modèle économique de la quasi-totalité des revues médicales intègre le financement par des recettes publicitaires. Parmi ces publicités, on y retrouve celles de l'industrie du médicament et le chiffre d'affaires de la publicité est supérieur à celui cumulé des ventes et abonnements (42).

Dans la révision de 2015 de la charte « Information sur le médicament et publicité rédactionnelle », cosignée par le LEEM, l'Union des Annonceurs (UDA) et le Syndicat de la Presse et de l'Édition des Professions de Santé (SPEPS), il est décidé que les textes faisant « *l'objet d'une relation contractuelle à visée promotionnelle entre l'éditeur et l'entreprise de santé concernée* », soit les textes concernés par « *le respect des obligations relatives à la publicité découlant du Code de la Santé Publique et des textes en vigueur* », pourront n'être précédés que de la simple mention « *Information communiquée par (ou « en collaboration avec ») l'entreprise de santé X* ». Le lecteur peut donc facilement être trompé dans sa lecture, en croyant lire une « *information communiquée par l'entreprise de santé X* » et non une information à caractère clairement publicitaire puisque faisant l'objet d'une « *relation contractuelle à visée promotionnelle* » (43).

Même si des chartes de « bonne conduite » sont censées encadrer la diffusion des informations médicales, le manque de contrôles extérieurs à ceux de l'industrie vient mettre en doute la qualité de ces informations : parfois, les références utilisées pour affirmer une vérité scientifique n'ont même aucun rapport avec le sujet concerné (44).

2.1.1.2.6.2. L'information indirecte

2.1.1.2.6.2.1. La formation initiale

Dans un rapport en lien avec l'INSERM (45), Anne VEGA expliquait en 2011 que « *La plupart des médecins français sont porteurs de croyances concernant l'efficacité et les effets bénéfiques des produits en général. Les firmes pharmaceutiques s'appuient sur ces croyances pour influencer les prescriptions grâce à leur présence auprès des étudiants en facultés et à tous les niveaux du système de santé.* »

Si les UFR (Unités de Formation et de Recherche) françaises de médecine ont toutes l'ambition de lutter contre les conflits d'intérêts induits par une proximité entre l'industrie du médicament et les étudiants lors de leur formation (46), seul un quart d'entre elles avaient en 2017 réellement implémenté des garde-fous pour prévenir les dérives (47). En 2019, 96,3 % des étudiants en médecine (toutes promotions confondues) ont déjà été exposés à la promotion pharmaceutique, et 73,7 % se sont déjà vus offrir un repas par l'industrie du médicament (48).

2.1.1.2.6.2.2. Les leaders d'opinion

Si les conflits d'intérêts lors des conférences et des congrès sont maintenant scrutés et leur rôle reconnu comme un biais potentiel dans la recherche et la pratique clinique (49), leur déclaration exhaustive demeure rare (50).

Dans ces événements de formation, des leaders d'opinion interviennent souvent. Il s'agit de médecins, « *utilisés par l'industrie du médicament comme intermédiaires pour influencer les praticiens prescripteurs* » (51). Ce sont souvent des personnalités reconnues par leurs pairs, cooptés par les industriels pour défendre leurs stratégies et qui trouvent elles-mêmes un intérêt à cette proximité (financiers, visibilité, etc.) (52)

De plus en plus souvent, l'industrie du médicament sous-traite à des firmes l'identification et la gestion des leaders d'opinion (51), pour « *transformer ceux qui sont impliqués dans l'enseignement et la recherche médicale en membres efficaces et productifs des forces de vente* ».

2.1.1.2.6.2.3. Les conflits d'intérêts avec la presse spécialisée

Les conflits d'intérêts des journaux médicaux posent également question. En 2010, une étude de cohorte, certes limitée par l'absence de déclaration de revenus de certains grands journaux dont les articles sont revus par des pairs, établissait néanmoins un lien entre la publication d'essais sponsorisés par l'industrie du médicament et l'« *impact factor* » de ces revues, particulièrement pour le « *New England Journal of Medicine* » (53). L'impact factor est un score calculé par le « *Journal Citation Reports* » (54) et censé refléter l'importance des revues scientifiques.

Richard Smith, un ancien éditeur du British Medical Journal (BMJ), après une introduction non équivoque : « *In what has been called the age of accountability, editors have continued to be as unaccountable as kings* » (« *A l'heure de ce qui a été appelé l'ère des responsabilités, les éditeurs ont continué à être aussi irresponsables que des rois* », traduction libre) détaille un exemple édifiant de pressions diverses d'intérêts économiques, dans lequel il n'hésite pas à qualifier trois éditeurs de « bandits » (« *villains* ») (55).

Si cette publicité n'impacte pas tous les journalistes, elle fait craindre une auto-censure, qui est l'un des indicateurs du classement mondial de la liberté de la presse par Reporters Sans Frontières (56). Un journaliste économique (57) résume la problématique qui peut s'exporter de son secteur vers l'ensemble de la profession : « *Ce n'est pas tant la censure directe par les actionnaires qu'il faut craindre mais l'auto-censure, qui conduit les journalistes à retenir leurs plumes.* »

Même en admettant que cette relation permette à certains journalistes de rester critiques vis-à-vis des entités dont ils dépendent, on peut regretter que la publicité ne soit pas toujours clairement identifiée comme telle (43).

2.1.2. Les déterminants de la décision médicale

Divers facteurs entrent en jeu dans la décision médicale. Certains sont intrinsèques au patient, comme son état général, ou son âge. Il faut noter qu'il s'agit plus d'une question de perception de l'âge que d'un chiffre absolu, un patient du même âge que son voisin pouvant être beaucoup plus « jeune », du fait justement de son état général (58). L'observance, l'adhésion et l'attitude proactive ou non du patient vont également être pris en compte, ainsi que son environnement social et son entourage.

D'autres facteurs sont indépendants du patient et concernent le médecin et son environnement. En 2019 (59), une étude a par exemple montré que les médecins en soin primaire avaient tendance à moins proposer les dépistages de cancers à la fin de leur journée de consultation. De la même manière, les chirurgiens programment moins d'opérations pour les patients qu'ils voient à la fin de leur journée (60).

Dans beaucoup de pays, le coût des traitements et la capacité des patients à les obtenir est également un déterminant majeur de la décision médicale, qu'elle soit thérapeutique ou diagnostique (61).

2.1.2.1. Les déterminants spécifiques de la prescription médicale

2.1.2.1.1. Les caractéristiques du patient

De nombreux facteurs intrinsèques au patient déterminés par ses spécificités biologiques (sexe, pathologies, etc) voire socio-économiques, comme le fait d'être un étudiant (62) influent sur la prescription. Le fait que le patient soit nouvellement suivi, jeune ou un homme sont par exemple autant de facteurs prédisposants à une moindre prescription médicamenteuse (63).

2.1.2.1.2. Les caractéristiques de la consultation

Le motif de la consultation ainsi que le temps consacré à cette dernière influent sur les prescriptions médicamenteuses. Il semblerait que les consultations longues, de plus de 30 minutes, débouchent sur une moindre consommation de médicaments (62).

2.1.2.1.3. Les caractéristiques du médecin

Les facteurs prédictifs les plus puissants de nouvelle prescription médicamenteuse sont l'implication dans la formation scientifique, le volume total de médicaments prescrits, la communication avec les collègues, et la forte exposition au marketing (64).

D'autres facteurs sont également à prendre en compte, comme le niveau de prise en charge des soins par le système de santé (65).

2.2. Question de recherche

Dans un monde idéal où chaque information serait un fait intangible, incontestable et immuable, le choix du média relayant cette information considérée comme « la » vérité n'aurait aucun impact. Ce n'est évidemment pas le monde dans lequel nous exerçons : certains médias sont par exemple plus à jour que d'autres, un quotidien peut relayer plus rapidement certaines informations d'importance quand d'autres recommandations peuvent rester inchangées pendant des années. Nous avons montré que des relais ont des intérêts, souvent économiques, à favoriser une présentation subjective et modelée de l'information.

On pourrait s'étonner que différentes stratégies marketing (la publicité, la visite médicale), soient citées dans une liste de « sources d'information » des médecins généralistes. Mais loin d'être imperméables à ces influences, les médecins y sont au contraire très réceptifs. Cette vulnérabilité semble, entre autres, être liée à un processus de rationalisation, exacerbé par les sacrifices qu'ils ont justement dû réaliser pour devenir médecins (66). En effet, beaucoup semblent considérer les divers

avantages proposés par l'industrie (repas, congrès, etc.) comme une contrepartie logique des efforts qu'ils ont dû fournir durant leur parcours.

Si la décision médicale peut-être influencée, la prescription médicale n'est plus dans l'intérêt seul du patient, et cela devient donc un enjeu de santé publique.

Au-delà de certains exemples ayant eu un retentissement médiatique exceptionnel comme l'affaire du Médiator devenu cas d'école, s'agissant alors d'un médicament n'ayant aucun bénéfice démontré et faisant courir aux patients un risque majeur (67), le reste du paysage est souvent plus nuancé, mais n'est pas moins délétère pour autant. On peut citer comme exemple la crise des opioïdes aux États-Unis où le marketing des industriels est suspecté d'avoir entraîné une sur-prescription de médicaments hors recommandations (68) entraînant une épidémie de surconsommation avec des répercussions sur l'espérance de vie états-unienne (69).

En 2019 en France, une étude quasi exhaustive recensait l'ensemble des avantages que recevaient les médecins de la part des industriels et comparait ces données à des critères de bonne pratique de prescription, en établissant un lien entre le montant des avantages perçus et un moindre respect de ces pratiques (70).

Les recommandations élaborées par des experts ayant des conflits d'intérêts majeurs sont également problématiques. Elles peuvent parfois mener à une perception trompeuse d'une thérapeutique inefficace et entraîner un remboursement par la sécurité sociale et donc de grands volumes de prescriptions sans que les bases scientifiques de ces thérapeutiques soient démontrées de manière indiscutable. Par exemple, les médicaments développés pour lutter contre la maladie d'Alzheimer ont d'abord été recommandés et remboursés (71). En 2007, le Service Médical Rendu (SMR) de ces médicaments était d'abord jugé « *important* » par les experts de la commission de la transparence de la HAS (71), puis « *faible* » en 2011 et enfin « *insuffisant* » depuis 2016. Ce n'est qu'après plusieurs recours et contestations d'acteurs de la société civile que le débat sur leur efficacité a pu avoir lieu, et malgré d'importantes pressions (72). Ce déremboursement a entraîné une vague de protestation de la part d'autres associations, qui estimaient ces molécules efficaces, sur la base de « *l'expertise de neurologues* » et « *les témoignages de nombreuses familles* » (73), traduisant en creux le poids de l'avis des experts dans la perception de ces thérapeutiques par les familles de patients.

Pendant une consultation mais aussi tout au long de la prise en charge, le médecin généraliste doit pouvoir percevoir son patient dans sa globalité (74) et donc lui proposer la thérapeutique qu'il pense être la plus adaptée à sa situation. L'arbitrage entre les différentes sources d'information devient alors un enjeu primordial : cet arbitrage plus ou moins conscient doit permettre d'identifier les sources dont

l'intérêt premier semble être la santé du patient et non d'autres intérêts secondaires (personnels, économiques, politiques, populationnels, etc.)

Les médecins ont un devoir déontologique envers leurs patients qui ont droit à une information éclairée (75). Le devoir d'indépendance est admis par la communauté médicale, et résumé dans le serment médical de la manière suivante : « *je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission* » (12). C'est donc finalement ce devoir – lorsqu'il est associé à la fois au constat de vulnérabilité des médecins à des influences diverses, à la confiance accordée par leurs patients (76–78) dans les prises de décisions et la recherche d'informations, et enfin à la tendance retrouvée dans la littérature de déléguer l'analyse des données brutes de la science – qui nous a logiquement mené à la réalisation de ce travail de recherche chez les médecins de premier recours.

La tentative d'explication du cheminement d'une information depuis la « source » jusqu'à la prise en compte de cette information dans la démarche de décision thérapeutique est donc devenue l'objet de cette étude. La finalité serait de pouvoir proposer un jalon supplémentaire dans la conscientisation de ce processus réflexif et de pouvoir analyser les différents biais auxquels nous sommes soumis lors de notre recherche d'information.

3. Méthodologie

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de proposer un schéma conceptuel tentant d'expliquer le cheminement d'une source d'information dans la prise de décision thérapeutique des spécialistes de premier recours.

3.2. Choix de l'étude

Afin de pouvoir analyser le processus décisionnel des médecins généralistes, l'approche qualitative a été retenue. S'agissant d'une tentative d'élaboration d'un modèle explicatif d'un phénomène global et populationnel, nous avons décidé de nous inspirer de la méthode de théorisation ancrée (ou *grounded theory method*) (79).

Les spécificités de cette méthode sont :

1. un **échantillonnage théorique**, qui « *consiste à sélectionner au fur et à mesure de l'analyse les données des participants qui permettront de confirmer ou d'infirmer les hypothèses intermédiaires émergentes* », (80)

2. un **processus d'itération**, qui correspond à « *des cycles simultanés de recueil et d'analyse de données* » avec un aller-retour permanent entre les données du terrain et l'analyse,
3. une **analyse par comparaison constante**, à savoir l'analyse des nouvelles données en tenant compte des précédentes.

Un schéma résumant les « a priori » de l'investigateur principal sur le sujet de l'étude a préalablement été réalisé et se trouve accessible dans le carnet de bord présent en annexe.

3.3. Investigateurs et liens d'intérêts

L'auteur de ce travail était un médecin généraliste remplaçant (MT). Ce travail de recherche était dirigé par un médecin généraliste installé, ancien chef de clinique de l'université de Caen Normandie (BS).

Concernant la déclaration des liens d'intérêts, MT était chargé de mission puis porte-parole d'un syndicat national d'internes de médecine générale (ISNAR-IMG) pendant la période 2019-2020, auteur notamment de la campagne de communication « No Free Lunch » 2019. BS est membre actif du collectif Formindep. Les chercheurs ne déclarent aucun lien d'intérêt avec les entreprises du médicament. Aucune subvention n'a été demandée ni perçue pour la réalisation de cette étude.

3.4. Population

Les participants à cette étude étaient des médecins généralistes ayant terminé leur internat. La représentativité de l'ensemble des médecins de premiers recours n'a pas été recherchée pour cette étude, l'objectif étant ici de mettre en évidence des hypothèses inédites.

3.5. Éthique

Ce travail de recherche a reçu un avis favorable du Comité Local d'Éthique et de la Recherche en Santé (CLERS) du CHU de Caen et de l'université de Caen Normandie, dont le compte rendu est présenté en annexe.

Cette étude a été réalisée selon la méthodologie de référence MR-004 (81), qui « *encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine.* »

3.6. Recueil des données

Les données ont été recueillies d'avril à octobre 2021 lors d'entretiens semi-dirigés individuels ou en couple. Le format en présentiel a été privilégié pour une meilleure compréhension des parties. Le recours à la visioconférence n'a été nécessaire que pour un seul entretien, via le logiciel libre Jitsi-Meet. Les entretiens ont été enregistrés avant leur retranscription en verbatim et leur codage *via* Libre Office.

Préalablement à leur enregistrement, les participants étaient prévenus que l'ensemble des données seraient retranscrites en verbatim et présentées en annexe de l'étude. À la demande des participants, certains passages et noms propres ont été anonymisés.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés en suivant des grilles (disponibles en annexe) listant des thèmes et des questions de relance définis à l'avance entre le chercheur et son directeur de recherche. Dans la situation où la première question n'était pas suffisamment informative, un « cas clinique » était proposé aux interlocuteurs, sur la base des résultats de l'étude du docteur PINTO (7).

Le recueil a été réalisé en parallèle à l'analyse des données. Selon le processus itératif décrit plus haut, ces grilles étaient modifiées entre chaque entretien pour vérifier ou infirmer de nouvelles hypothèses.

Dans le cadre de la théorisation ancrée, aucune suffisance ou saturation des données n'a été recherchée. Seule comptait l'émergence ou l'absence d'émergence d'hypothèses nouvelles.

3.7. Analyse des données

Les données ont ensuite été analysées parallèlement à la poursuite des entretiens, la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données étant l'une des caractéristiques majeures de la théorisation ancrée (82).

La codification était réalisée dans la foulée de la retranscription des entretiens. La première catégorisation n'a été effectuée qu'après les deux premiers entretiens, et des mises en relations successives avec intégration, modélisation et enfin établissement de théories ont été réalisées de manière itérative, comme présenté dans le journal de bord disponible en annexe.

Après chaque étape, le regard du directeur de recherche (BS) était sollicité afin de croiser les interprétations lors de discussions.

3.8. Modélisation graphique

La modélisation des schémas a été réalisée par une graphiste et chargée de communication professionnelle, Mme Justine CAVAGNA, à l'aide du logiciel Illustrator.

4. Résultats

Nous avons donc réalisé sept entretiens d'une durée moyenne de 52 minutes.

Table 1: Caractéristiques des répondants

Participant	Age	Sexe	Caractéristique	Durée
1	57	M	Médecin installé depuis 25 ans	18 min
2	63	M	Médecin proche de la retraite	58 min
3	37	M	Jeune médecin universitaire	67 min
4	31	M	Jeune médecin nouvellement installé	58 min
5	28	M	Jeune remplaçant utilisant le réseau Twitter	43 min
6	58+60	F+M	Couple avec 30 ans de pratique médicale	72 min
7	59	M	Médecin impliqué dans les politiques de santé locales	46 min

4.1. Délégation du recensement et de la critique des données de la science

L'ensemble des médecins interrogés indiquaient que la somme des connaissances médicales et leur rapide évolution nécessitent de faire **confiance** à des **intermédiaires** qui vont **recenser** ces données, et les **critiquer** :

Dans aucun domaine on peut prétendre tout savoir ! Il faut connaître nos limites, rester humbles, et quand on ne maîtrise plus la question, il faut voir ce que l'on fait pour palier à ce manque.

Entretien 7

Avec la notion également que pour certains, ce travail de **recensement** des données de la science n'est pas du ressort du médecin généraliste, mais justement le travail des autres spécialistes :

Avec les spécialistes on ne fonctionne pas pareil : on n'a pas accès aux mêmes revues, le cardiologue il va te répondre avec la dernière étude qui est paru dans « cardiology machintruc », ça ne vaut même pas le coup que tu y ailles, il y a beaucoup de lignes, toi tu vas t'ennuyer ça n'a pas d'intérêt, l'intérêt c'est pas de connaître des trucs par cœur, que lui la connaisse c'est bien, que moi je la connaisse, bof, j'ai autre chose, j'ai trop de trucs à apprendre sinon.

Entretien 1

Avec parfois, le sentiment que même la **critique** de ces données devait être effectuée par des entités plus qualifiées :

Je ne crois pas que je vais chercher deux fois l'information, et une fois de plus je fais de la médecine générale : on va pas suffisamment loin pour avoir une double version.

Entretien 1

Dont les spécialités seraient même parfois « inaccessibles » :

Je fais des recherches dans des domaines que je connais bien, et dans lesquels je m'autorise à faire des adaptations thérapeutiques. Sans un passage obligé vers le spécialiste. Ou, quand c'est une spécialité qui est inaccessible, je pense à la neurologie par exemple.

Entretien 7

Contrairement à d'autres, qui pensaient que la critique des sources pouvait, voire devait, être du ressort des médecins généralistes :

Ce n'est pas notre spécialité, mais même, on lit des choses, on se forme, et on a notre avis sur la thérapeutique nous aussi. [...] je crois qu'on a une culture bien plus critique que bien d'autres spécialités. Il y a même pas mal de spécialités dans lesquelles ils ne vont pas spécialement critiquer ce qu'ils apprennent, voire ne vont pas entretenir leurs connaissances. [...] Donc moi ça ne me dérange pas de prescrire différemment de ce que prescrivent les autres spécialistes, on est quand même tous des docteurs.

Entretien 3

Certains n'excluent pas d'aller voir les études brutes, même s'ils reconnaissent que l'exercice est particulièrement compliqué :

Pour ça il fallait vraiment lire les études-mêmes, ça demande du temps, mais je l'ai fait, c'est compliqué, mais il faut le prendre.

Entretien 4

Tous ont cité des **pairs** comme source d'information régulière :

Et puis j'ai mes collègues : on est dans un cabinet de groupe, sur certains dossiers on va

me conseiller.

Entretien 4

L'avantage d'un cabinet de groupe, c'est quand même de partager, et d'avoir confiance dans les autres.

Entretien 6

Parmi ces pairs, certains étaient d'autres médecins généralistes, d'autres avaient des compétences particulièrement adaptées à un sujet précis, et étaient parfois considérés comme des intermédiaires directs entre les données de la science et leur pratique de la médecine générale :

Ce sont souvent sur les avis des spécialistes, qui font eux-mêmes appel à certaines études, en se disant qu'il faut justement s'y référer. C'est vrai que j'ai tendance à demander beaucoup leurs avis pour changer les choses.

Entretien 2

Tandis que d'autres, tout en tenant compte de leur avis, se disaient conscients que ces professionnels n'étaient pas des relais directs de la science :

Pour moi, eux aussi ont un réseau qui va les informer, et on sait très bien qu'il y a un lobby pharmaceutique vers les spécialistes, car on sait très bien que ce sera eux la source de la prescription pour diverses pathologies : le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque... Et le laboratoire qui va sortir une molécule va cibler le spécialiste qui va le prescrire dans un premier temps et qui va être le relai de cette information-là, qu'il aura eu finalement sous influence.

Entretien 4

La question des **institutions** et leurs **recommandations** était également abordée. Ces informations étaient toujours prises en compte chez les participants :

Pour la grande majorité ces recommandations sont élaborées pour une pratique hospitalière, mais aussi pour un certain nombre, quoique pas toutes, issues d'études assez solides, donc ça me paraît primordial de les connaître [...]

Entretien 3

Je veux être dans les clous. C'est-à-dire en harmonie avec les recommandations actuelles.

Entretien 4

Et aussi ce que l'OMS dit, c'est une valeur assez sûre. La HAS, aussi.

Entretien 6

Avec parfois une nuance sur leur mode d'élaboration, et une **méfiance** sur la qualité de ces informations :

[...] C'est pas parce qu'on te dit que c'est la HAS qui a pondu ça, il faut aussi s'intéresser à la structuration de ces organismes. Parfois, leurs avis ne se basent pas sur des études mais seulement sur des avis d'expert, et alors le contenu scientifique qui justifie ces prises en charges, c'est simplement un groupe de médecins qui s'est réuni pour édicter une prise en charge.

Entretien 3

Les formations dans le cadre du **DPC** étaient parfois citées :

J'ai par exemple fait une Formation Médicale Continue (FMC) sur les vertiges il y a deux mois.

Entretien 3

Les **revues** revenaient régulièrement, avec une distinction entre celles dont un abonnement **payant** était nécessaire, et celles qui étaient diffusées gratuitement, dont le modèle repose en grande partie sur la **publicité** (83) et qui sont distribuées régulièrement et spontanément aux médecins :

« Abonné », non, pas vraiment, je reçois le Quotidien du Médecin [...]

Entretien 2

La revue **Prescrire** était toujours citée, parfois pour mettre en avant son **indépendance** avec les acteurs économiques :

Je suis abonné à Prescrire, c'est quelque chose que j'utilise avec également le guide Prescrire, étant jeune médecin ça m'arrive plusieurs fois et même en consultation.

Entretien 4

Ou au contraire pour critiquer son « **intransigeance** » vis-à-vis des nouvelles thérapeutiques :

Intransigeants... Comment dire. J'ai été abonnée deux ou trois ans, et à un moment j'ai tout déchiré, tout jeté. Ils sont tellement anti-labos, je trouve qu'ils font vraiment... [...] J'ai l'impression qu'ils veulent tellement montrer qu'ils sont extérieurs aux laboratoires, qu'ils en viennent même à refuser certaines médications qui sont utiles, parce qu'il faut qu'ils soient plus propres que propres. Ils vont trop loin. [...] Quand tu regardes Prescrire, pratiquement tous les médicaments qui sortent actuellement ne servent à rien, pas vrai ?

Entretien 6

Plus qu'une revue, certains citaient une culture face à l'information :

Mais ça c'est aussi dans la « culture Prescrire », Prescrire fait beaucoup ça. Prescrire critique beaucoup, et parfois ils vont comparer des prises en charge, et c'est intéressant dans cette démarche.

Entretien 3

La question des **visiteurs médicaux** était toujours posée, et en fonction de leurs valeurs professionnelles, les intervenants disaient soit les éviter systématiquement :

Maintenant on n'en voit plus, on ne doit même plus avoir de demandes, les secrétaires doivent plus ou moins refuser. Non, aucune visite médicale.

Entretien 3

Soit au contraire s'en servir comme d'une source d'information ou de formation, avec parfois une vigilance particulière face à cette source :

Je trouve ça intéressant, mais encore une fois c'est à prendre avec toute la circonspection nécessaire : ce sont des marchands, ils vendent leurs produits, mais ce sont aussi eux qui financent la recherche.

Entretien 2

Après je reçois les délégués médicaux. J'écoute leur information, puis je me renseigne après pour savoir si ce qu'ils ont dit est pertinent ou pas.

Entretien 7

4.2. L'accessibilité de l'information

L'accessibilité est identifiée comme le premier obstacle de la prise en compte d'une information. Quand certaines informations sont gratuites et spontanées et ne rencontrent par nature aucun obstacle à ce niveau, d'autres sont au contraire payantes, éloignées, rédigées en langue étrangère, etc. et nécessitent un investissement particulier pour y accéder.

Les données « brutes » de la science, par exemple. Comme nous l'avons vu préalablement, elles sont peu accessibles, par exemple à cause de la **barrière de la langue** :

Oui, la langue c'est quand même plus long quand on lit en anglais. J'ai lu des articles pour la thèse de ma fille, c'est beaucoup plus long. On arrive à s'y retrouver, mais il suffit d'un petit mot et en fin de compte on va négativer la phrase, c'est pas toujours évident. Et puis j'arrive à un âge où je n'ai pas envie de m'embêter avec des langues.

Entretien 6

L'aisance vis-à-vis de la **technologie** permettant d'avoir accès à ces revues en limitait également l'accessibilité :

C'est vrai que rechercher dans un menu déroulant, pour vous [les plus jeunes] c'est très intuitif et très facile, pour nous [les moins jeunes] c'est très compliqué, on a parfois l'impression de se perdre, de renâcler, on n'avance pas, on n'y arrive pas, et finalement là où on devrait gagner du temps, on en perd. Et c'est ça qui est difficile pour ma génération, mais c'est sans doute un peu normal.

Entretien 2

Ces éléments, associés à une **fatigue** engendrée à la fois par l'exercice professionnel mais aussi par l'environnement personnel des médecins interrogés, en font une ressource nécessitant un **investissement** conséquent. Cet investissement est inapplicable pour l'ensemble des informations dont ils ont besoin.

C'est vrai qu'aujourd'hui je suis abonné à Exercer et à Prescrire, mais j'ai du mal à trouver du temps.

Entretien 3

Tu vois, là, en un an, sur les six derniers mois je ne suis pas super fier de moi, car j'aimerais bien me former, mais j'ai pas pu trouver le temps. En tout cas, ce temps-là aujourd'hui je l'ai consacré à mes enfants et pas à ma formation. Ça va évoluer, mais il faut aussi faire la part des choses, c'est très difficile.

Entretien 4

Parmi ces entités, on retrouve les revues et autres acteurs qui filtrent ces informations. Parmi elles, certaines sont, dans les faits, « gratuites », mais d'autres sont payantes, et donc appréciées des professionnels qui voient ce critère comme un gage de qualité, voire d'indépendance :

Et parce que c'est payant, et qu'à partir du moment où c'est payant, j'ai l'impression que c'est plus fiable. Pour moi quand c'est gratuit, l'information est de moins bonne qualité.

Entretien 5

Le **coût** des formations a été cité, ainsi que le **temps** nécessaire à cet investissement :

Je dirais que la visite médicale, là, nous permettait d'avoir un lien avec les spécialistes, et nous permettait finalement d'avoir une formation gratuite, et surtout : on a pas le temps de s'occuper de ça !

Entretien 6

L'accès aux pairs semble être dépendant de la **proximité** de ces derniers :

Les Post-it entre les quatre toubibs, [...] souvent c'est la première source, c'est-à-dire eh bien parce que j'interroge mes collègues.

Entretien 1

La proximité c'est quelque chose de très important pour vous renseigner ?

[Tous les deux] Ah oui !

Entretien 6

Un intervenant décrivant bien qu'il se tournait vers des intervenants « extérieurs » (éloignés) principalement par défaut :

Ici on est quand même un peu limités, pas de neurochirurgie par exemple, on est limités en termes d'endocrinologie, de diabétologie, donc il y a plein de domaines pour lesquels

on est obligés d'avoir des correspondants extérieurs.

Entretien 2

Il dépend aussi pour certains des **réseaux sociaux**. L'accès à cette technologie substitue alors la nécessité de proximité.

Je vais me documenter sur Twitter.

Entretien 5

La visite médicale, à la fois gratuite et spontanée, ne semble pas rencontrer de problèmes d'accessibilité, au contraire, elle permettait une information directe, sans avoir besoin d'aller rechercher d'autres sources :

Avant ils venaient nous voir, et on était au courant très vite de toutes les nouveautés qui arrivaient sur le marché. Maintenant, il faut avoir des lectures, internet, enfin c'est différent.

Entretien 6

4.3. Les préférences professionnelles

Nous avons ensuite identifié un second filtre, celui des préférences professionnelles, mélange de valeurs et de stratégies d'apprentissage.

Certains médecins se disaient très attachés à **l'indépendance** de l'information qu'ils recevaient, ce pourquoi ils refusaient systématiquement la visite médicale :

Et du coup on sait que ce ne sont pas des laboratoires derrière, ce qui est très important. Comme Prescrire : on sait, c'est de notoriété publique, comme le CRAT, que ce sont des choses de publiques ou indépendantes. [...] J'ai toujours refusé d'y aller, et maintenant on n'en voit plus, on ne doit même plus avoir de demandes.

Entretien 3

Quand d'autres, à l'opposée, se disaient au contraire **ouverts à l'information provenant de l'industrie** du médicament :

J'ai toujours reçu les labo et même encore maintenant. Alors bien sûr il y a le risque de

tomber dans la facilité, etc.

Entretien 1

On retrouvait également, de manière plus ou moins marquée selon les médecins interrogés, des notions d'apprentissage par **empirisme**, **mimétisme** ou **compagnonnage** par rapport aux autres pairs dont ils sollicitaient l'avis :

Moi j'estime que j'ai appris la médecine sur le terrain. [...] on avait un parrain d'études à cette époque-là...

Entretien 1

Compagnonnage qui peut également aller dans les deux sens, certains des maîtres de stages interrogés déclarant apprendre beaucoup de leurs étudiants :

Quand tu es soit avec un interne soit avec un externe, tu fais en sorte que la discussion ou en tout cas le questionnement soit complètement libre, et bien tu te retrouves à devoir justifier tout ce que tu fais, à devoir le discuter, et parfois tu ne sais pas donc tu vas chercher avec les étudiants, et tu es tout le temps en réflexion, ça ne s'arrête jamais !

Entretien 3

Le **mimétisme** était cité, ainsi que la volonté de ne pas froisser les spécialistes dont les compétences seraient peut-être nécessaires dans le futur :

En fonction des spécialistes, on va faire un peu de mimétisme en fonction de leurs influences. Par exemple, si tous les endocrinologues prescrivent des sulfamides plutôt que de la metformine en première intention dans le diabète de type 2 – c'est un exemple bidon attention – eh bien peut-être que je vais moi aussi le faire, car après je vais peut-être adresser le patient aux endocrinologues. Alors que ce n'est pas dans les recommandations.

Entretien 4

Et l'**empirisme**, bien que les avis soient assez mitigés sur la question, certains s'en méfiant, et ne le réservant qu'à des situations particulières :

Un médecin qui aura une réputation empirique, qui fera les choses dans son coin, je ne lui accorderai pas de confiance. Si c'est un confrère ça peut aider parfois, non pas pour

quelque chose comme la vaccination, mais plutôt pour quelque chose de simple au sein du cabinet, il propose une solution thérapeutique pour un cas particulier, parce que je suis dans l'impasse, bon, je vais essayer, mais je vais me méfier.

Entretien 4

Certains l'utilisent comme base, ne prenant le temps de remettre en question que les nouvelles thérapeutiques :

Sur certaines molécules qui arrivent, on arrive à se remettre à jour, mais pour certaines autres molécules qui sont profondément cortiquées, si ça se trouve il y a des choses qu'on fait mal, mais c'est plus compliqué de les remettre en question. Par exemple le paracétamol. Ça marche, mais est-ce que toi de ton côté t'es allé checker les quinze articles qui prouvaient que le paracétamol marche ? Ça fait partie des trucs qu'on a appris, qu'on prescrit car tout le monde fait pareil, mais on ne l'a pas vraiment vérifié. On le fait depuis le départ, et on n'a le temps de se mettre à jour que sur les nouveautés, pour tout ce qui est ancien, on a pas le temps de se mettre à jour.

Entretien 5

D'autres se méfiant au contraire de ce qui vient remettre en cause des solutions qui leur paraissent évidentes :

C'est-à-dire que je ne critique pas forcément les nouveaux apports. Mais sur la remise en question de choses qu'on fait, et qu'on sait tout à fait adaptées à nos patients, sans être des choses où l'on va les mettre en danger, mais sur des aspects pratiques, des choses... je n'ai pas d'exemple, mais ils [Prescrire] dénigrent beaucoup de choses... ça me semble... excessif.

Entretien 7

Et pour certains, un besoin d'apprentissage via les revues, le DPC, les institutions ou la visite médicale, que l'on peut qualifier d'« **universitaire** » dans le sens où ils se basent sur des informations dispensées lors de cours, de recommandations, ou de supports destinés aux étudiants :

C'est mis à jour, basé sur les référentiels de l'internat, qui me paraissent très fiables.

Entretien 5

4.4. La confirmation par les pairs

Les informations semblent ensuite devoir passer une phase de « confirmation » par les pairs, via un partage dans le réseau des médecins interrogés. Ce réseau est souvent construit avec des pairs qui ont le même mode de raisonnement que le médecin, créant de fait des « boucles » de confirmation, qui potentialisent la valeur des informations reçues.

C'est aussi pour ça que je me suis installé ici, je savais que mes collègues étaient aussi axés sur l'indépendance et tout ça, ils m'ont tout de suite dit la première fois que je les ai vus qu'ils ne recevaient pas de labos. Donc j'ai tout de suite su qu'ils ne cherchaient pas à être sous influence, ou à se soulager la conscience d'un défaut de formation par l'influence directement pharmaceutique.

Entretien 4

Et ce mec-là, par exemple, il va en contact, il discute, et donne du crédit à d'autres personnes. Et indirectement, je vais me créer une bulle. Parce que pour moi, au départ, cette personne est sur un piédestal, et donc s'il fait confiance à d'autres personnes, ces personnes doivent-être dans sa lignée. Par contre, s'il injurie un mec par rapport à ce que promeut l'autre personne, bah là cette personne-là, à chaque fois que je vais voir un de ses tweets, je vais réfléchir à deux fois avant de prendre au mot ce qu'il dit.

En gros tu vas pouvoir accorder presque automatiquement ta confiance par capillarité, en fonction de la confiance qui est accordée par des gens qui ont l'air d'être en accord avec tes propres valeurs professionnelles ?

C'est ça.

Entretien 5

La **convivialité** favorise la prise en compte de données, notamment celles de l'industrie du médicament, perçue par certains comme une formation adéquate et personnalisée, qui pouvait en plus potentialiser leur réseau et leurs interactions sociales avec les confrères :

Quand j'étais interne et invité à des réunions de labos, c'est là j'ai pu rencontrer des confrères, des têtes que je ne connaissais pas, et j'ai pu mettre un visage sur une

compétence, un visage sur un courrier, un visage sur un nom.

Entretien 4

Et je pense que la visite médicale, c'était vraiment la possibilité d'avoir un lien, de ne pas se sentir seul, de rencontrer nos référents... Et puis c'était un moment agréable ! Là, quand je me forme derrière l'ordinateur, c'est quand même moins agréable que quand on avait la formation, et le repas après. [...] le fait d'avoir une formation, puis de manger ensemble, et échanger. [...] de discuter avec le spécialiste, qu'il nous dise ce qu'il en pense, lui poser des questions, qu'il nous dise aussi les points négatifs...

Entretien 6

De même que les **liens affectifs**, que beaucoup reconnaissent comme essentiels dans la création d'un réseau de pairs :

Quand j'ai un ami dans une spécialité, c'est d'abord vers lui que je vais me tourner.

Entretien 3

C'est vrai que tu fais beaucoup plus confiance à quelqu'un que tu connais, et c'est aussi beaucoup plus rassurant pour toi, médecin, de savoir que tu es entouré de personnes que tu connais.

Entretien 4

Comme j'ai une amie qui est néphrologue, plutôt que d'aller en voir un que je ne connais pas, je vais directement l'appeler elle.

Entretien 5

Ces liens pouvant parfois laisser transparaître une pression de prescription, les médecins généralistes n'osant pas contredire l'avis de leurs confrères et/ou amis :

Quand c'est le cardiologue du coin, ou un ami spécialiste qui va me faire un conseil de prescription, je vais l'appliquer car dans certains cas le patient sera amené à revoir cette personne. Je peux être surpris de la prescription [...] si ça ne nuit pas au patient j'y vais, même si j'aurais peut-être mis autre chose.

Entretien 4

De manière surprenante, il a été suggéré que les affinités servant à la création d'un réseau n'étaient pas forcément de natures personnelles ou professionnelles, mais pouvaient également être **idéologiques** :

C'est con... mais sur Twitter, tous les médecins, mais pas que les médecins, que je suis, qui sont de gauche. Parce qu'ils sont en adéquation avec mes valeurs. Donc pareil, un mec de gauche, médecin, EBM, je lui ferais plus confiance par rapport à un mec médecin, EBM, mais qui retweete Eric Zemmour.

Entretien 5

La **légitimité** est également une notion qui revenait régulièrement. Tous ne s'accordaient pas sur sa fonction, nous avons vu que certains pensaient être légitimes en tant que médecins à critiquer toute information, mais d'autres au contraire soutenaient que cette légitimité était la chasse gardée des professionnels du sujet concerné :

Dans aucun domaine on peut prétendre tout savoir ! Il faut connaître nos limites, rester humbles, et quand on ne maîtrise plus la question, il faut voir ce que l'on fait pour palier à ce manque.

Entretien 7

Enfin, la notion de **réputation** était aussi évoquée.

On a pu rencontrer des sommités, des gens très connus, qu'on peut appeler et qui nous répondent. Ça m'arrive d'appeler à Paris, Lyon, Chartres, où un spécialiste du diabète nous répond facilement...

Entretien 6

Alors, les experts c'est si on les connaît, les sources il y a des sources incontournables, qui n'ont plus à faire leurs preuves, Lancet et compagnie...

Entretien 7

4.5. La vigilance

On observait ensuite un phénomène de « **potentialisation** » des informations, dont la force semble être décuplée après qu'elles avaient été validées par les pairs, notamment si la réputation de ces

derniers était grande. On observait alors que ces informations pouvaient même passer outre cette vigilance.

Une fois que la personne est rentrée dans mon cercle, qu'elle a passé les gardes-fous, je ne me pose quasiment plus de questions sur elle. Ce qui peut-être carrément dangereux, j'avoue, mais je prendrais moins de précautions avec ses tweets, avec ses relations, bonnes ou mauvaises.

Entretien 5

Ici, on a le Dr Y, à qui on fait confiance les yeux fermés !

Entretien 6

Les **retours cliniques** et **l'expérience** semblaient avoir une grande importance :

[Mon tri entre les praticiens à qui je fais appel] est quand même basé sur des situations cliniques précises et sur des réponses précises à ces situations cliniques.

Entretien 2

[...] quelqu'un qui ressort avec trois médicaments d'un premier rendez-vous pour syndrome dépressif, moi ça ne me convient pas.

Entretien 3

L'expérience rentre aussi en jeu : forcément, avec les années, on acquiert de l'expérience, et ça aide aussi, même si ce n'est pas aussi fort que les recommandations, à savoir ce qu'on peut utiliser comme thérapeutique, ou en tout cas ce qu'on peut proposer au patient.

Entretien 3

Cette expérience se traduisait aussi dans les retours cliniques de certains médicaments, avec la notion de la connaissance de biais qui ne reflètent pas la réalité statistique :

Même si statistiquement les choses ne posent pas de problèmes, si toi tu es exposé aux effets de certains traitements [chez des patients], humainement, tu vas avoir des doutes.

Entretien 2

Quand d'autres disaient au contraire s'en méfier :

Moi je considère qu'on ne peut pas faire d'un cas une généralité. C'est pour ça que les recommandations existent, car on a tous des histoires de chasse, mais si je considère que c'est pour chaque patient ma nouvelle devise, je vais finir par faire une médecine de bas étage, avec des prescriptions qui n'ont plus de sens aux yeux de mes confrères, ni aux yeux des autorités comme la HAS, des autorités disons plus globales.

Entretien 4

Mais certains basent au contraire leur pratique dessus :

On s'est bien rendu compte que certains médicaments semblaient beaucoup plus actifs que d'autres, et puis... quand on constate cela, on a tendance à prescrire ce qui nous semble le plus efficace !

Entretien 6

Ainsi que sur leur expérience personnelle des médicaments :

On a eu tout plein de pathologies, et on a vécu avec nos quatre enfants, donc on a vu des infections urinaires résistantes à tout sauf aminosides chez Y à un an, une septicémie chez Y à quatre ans, des convulsions avec traitement anti-épileptique chez X, des crises d'asthmes sévères, l'allergie à l'arachide avec le kit d'adrénaline dans la poche, donc on a vécu des choses qui font que c'était difficile pour nous, mais que c'était très pratique pour les patients !

Vous avez tiré profit de vos expériences personnelles dans vos habitudes de prescription ?

Tout à fait.

Entretien 6

La **confiance** dans les sources était de façon assez logique quelque chose qui devait se mériter et s'entretenir :

On fait le tri assez rapidement entre les personnes chez qui on peut mettre sa confiance, celles moins, et les autres pas du tout.

Entretien 2

4.6. L'adaptation au contexte

Enfin, avant de prendre en compte l'information, les médecins interrogés disaient tous l'adapter à leur patient, et tenir compte de ses **spécificités** :

*Je pense qu'il faut pondérer, et que c'est un peu l'âme de la médecine que de pondérer.
On nous donne des guidelines auxquelles il faut se référer, et non se conformer.*

Entretien 2

[...] ça me paraît primordial de les connaître [les recommandations], et puis de les discuter pour voir ce qui est adapté à la situation qui se présente.

Entretien 3

Mais aussi de la clinique :

La durée de traitement [recommandée] était relativement je dirais, nébuleuse, dans le sens où elle allait de 7 à 14 jours, sans faire état des critères décisionnels pour savoir si c'était 7 ou 14, donc c'est ça qui était difficile, comme elle était apyrétique au bout de 7 jours, on a considéré qu'on pouvait en rester là [...]

On peut dire que tu pondères notamment les sources d'information avec ton expérience et ta clinique ?

Voilà.

Entretien 2

Quand les symptômes sont non francs, des choses atypiques, je vais faire une prescription qui ne va pas être pile-poil dans les clous, mais pour autant avec un bon retour clinique, une bonne réponse derrière lors de la surveillance.

Entretien 4

Et enfin, de leur « **culture du médicament** », en disant adapter leur thérapeutique aux perceptions qu'en avaient les patients.

Il y a une donnée très intéressante, c'est de comparer les pays du « Nord » [...] où] Je crois qu'une seule consultation sur six fait l'objet d'une prescription médicamenteuse. Et chez nous, je crois que c'est neuf sur dix qui font l'objet d'une prescription

médicamenteuse. Donc on voit bien l'énorme différence de culture, des patients comme des médecins, vis-à-vis de la prescription médicamenteuse.

Entretien 3

Un patient qui vient avec plein de symptômes ORL, il veut repartir avec une bonne ordonnance et repartir avec un tas de médicaments, c'est quelque chose très franco-Français je pense. [...] Le patient, lui, il a son regard sur les thérapeutiques, et c'est là où la culture du patient vis-à-vis du médicament va jouer beaucoup...

Entretien 4

Pour les vertiges, je vais leur dire que je vais prescrire un médicament qui pour moi ne marche pas, mais ça ne coûte rien. Ce qui est paradoxal. Mais voilà. Mais, au lieu de ne rien donner, vous pouvez essayer ça, si ça ne marche pas vous arrêtez.

Entretien 5

Mais oui, je prescris du TANGANIL. Sans grande conviction ! Mais si le patient repart sans rien, ça va être compliqué, déjà.

Entretien 7

Ou de la même manière, à leur perception des thérapeutiques non médicamenteuses :

Tu en as qui sont adhérents, tu en as qui ne sont pas très observants sur [...] la fréquence des prises, tu en as qu'il faut droguer pour qu'ils prennent tout le matin parce qu'il faut qu'ils prennent tout en une fois ; sur l'envie d'être pris en charge, parce que tu as des patients, bah voilà, discuter d'un cholestérol, un LDL à 1,90 chez un mec dont l'objectif est à 1,70 si tu as un patient qui est sérieux tu peux le faire, si tu sais que le patient, à peine sorti de chez toi il va bouffer un pain au chocolat avec un sandwich à la rilette, bon ben tu vas le laisser avec son 1,90 et puis voilà.

Entretien 1

Certains précisait faire preuve d'éducation thérapeutique et préférer faire évoluer cette culture que de prescrire des thérapeutiques pour le seul bénéfice de leur représentation :

Le TANGANIL, que je prescrivais par mimétisme de mes maîtres de stages quand j'étais interne, remplaçant ou au début de mon exercice, je n'ai maintenant aucune difficulté à ne

plus l'utiliser. Je vais expliquer au patient pourquoi je ne le prescris pas.

Entretien 3

Mais reconnaissent aussi que cela demandait un investissement et de la patience, qui dépendait de leur état de fatigue :

Clairement je sens que ça dépend de mon remplacement, au début de mon cycle je prescris rarement, et à la fin de mon remplacement, je prescris à une fois sur deux de l'HELICIDINE, du RHINOFLUIMUCIL... J'en pleure intérieurement ! Mais je le prescris assez facilement sans dire à la personne que ça ne marche pas, en étant assez convaincu de ce que je fais, parce que je sais que je vais encore passer cinq minutes à leur expliquer.

Entretien 5

Et également d'une certaine lassitude qui peut s'installer :

Si je suis fatigué, oui. Ou face à certaines personnes. Quant au bout de dix ans ils ne savent toujours pas le nom de leur médicament, je me dis que ce n'est pas la peine.

Par lassitude ?

Oui... La fatigue aussi c'est vrai, on est pas toujours au top.

Entretien 7

La position de donner aux patients ce qu'ils viennent chercher a été discutée par un médecin en total désaccord avec elle, mais qui soulignait l'impossibilité de partager ce raisonnement en pratique avec ses confrères :

[...] Quand j'ai discuté avec eux [mes amis] en leur demandant pourquoi ils ne lisaient plus Prescrire, ils m'ont répondu qu'après avoir lu un an, ils avaient l'impression que tout ce qu'ils faisaient n'était pas bien, et que du coup il faudrait qu'ils arrêtent de prescrire plein de choses. Donc moi je leur répondais « Bah oui, c'est peut-être ça qu'il faut que tu fasses, c'est peut-être mieux pour les patients », ce à quoi ils répondaient « Oui, mais ce n'est pas ce que veulent les patients ». « D'accord. Mais toi, tu es là pour répondre à ce que veulent les gens et être un commercial de la santé, ou pour bien les prendre en charge ? ». Bon, et là en général ça ne plaît pas. Comme je les aime et que je

tiens à ce qu'ils restent mes amis, je m'arrête là, mais on voit bien là qu'il y a plusieurs cultures du soin, en fait. Et de la manière dont on conçoit notre métier.

Entretien 3

Pour finir, tous semblaient se retrouver sur le fait que les prescriptions dépendent de la personnalité du médecin, qui elle-même varie selon leurs parcours :

On dit souvent que la patientèle d'un médecin lui ressemble [...] Donc les patients vont souvent ressembler aux prescriptions de leurs médecins.

Entretien 3

Ce qui les a impactés dans leur vie professionnelle : si le mec a fait dix ans d'humanitaire, si sa femme est cardiologue, c'est très flou, mais le parcours de chacun. [...] Et l'éducation. [...] Je pense que si je prescris moins d'antibiotiques, c'est parce que j'ai eu une éducation que j'ai eue depuis tout petit. Ça peut paraître bête, parce que finalement l'antibiothérapie de Mme DUPONT va dépendre de l'éducation très droite que m'ont donnée mes parents.

Entretien 5

4.7. Conception du modèle explicatif

4.7.1. Résumé de la démarche

Par manque de temps, d'accès, ou par un défaut de compréhension des données de la littérature scientifique, la **critique** et le **recensement** de ces données étaient souvent délégués à des entités servant de « **filtres** » ou identifiées comme telles : des recommandations d'institutions, des pairs, des revues gratuites ou payantes, leur formation continue, ou encore l'industrie du médicament.

Même filtrées par ces intermédiaires, les informations devaient ensuite être **accessibles** : la barrière de la langue (revues anglophones), la fatigue, l'accès à la technologie (informatique), le coût de certains abonnements, la distance de certaines plateformes étaient autant de freins identifiés à la circulation de l'information. À l'opposé, la proximité des formations, leur gratuité ou leur subventionnement (le DPC), la spontanéité de leur présentation (la visite médicale) ou un investissement en termes de temps étaient nécessaires à la circulation d'information.

L'information étant accessible, les médecins exprimaient ensuite trier ces données d'une manière plus ou moins consciente, par un prisme que nous appellerons « **Préférences** ». On identifiait des

préférences en termes de formation, comme le mimétisme, l'empirisme, le compagnonnage, l'apprentissage universitaire ; et des valeurs, comme l'indépendance, en opposition avec l'ouverture à l'information de l'industrie du médicament.

Une fois l'information accessible, puis triée selon les stratégies et valeurs du médecin, il existe une phase de **confirmation par le réseau de pairs**, constitué en fonction de liens affectifs, potentialisés par la convivialité, la réputation et la légitimité des membres de ce réseau sur la thématique en question. Cette étape agit non seulement comme un filtre qui va laisser passer les informations, mais également comme un catalyseur qui confirmera cette information.

Cette confirmation donnera donc une force nouvelle à l'information, qui passera parfois outre le filtre suivant, celui de la **vigilance**, par lequel le médecin critique cette information selon la confiance qu'il accorde à la source, son expérience et les retours cliniques qu'il a pu avoir par le passé.

Enfin, l'information est **adaptée au patient**, selon le contexte clinique, ses spécificités, mais aussi sa culture de la thérapeutique, avant de pouvoir être prise en compte dans la **décision thérapeutique**.

4.7.2. Schématisation

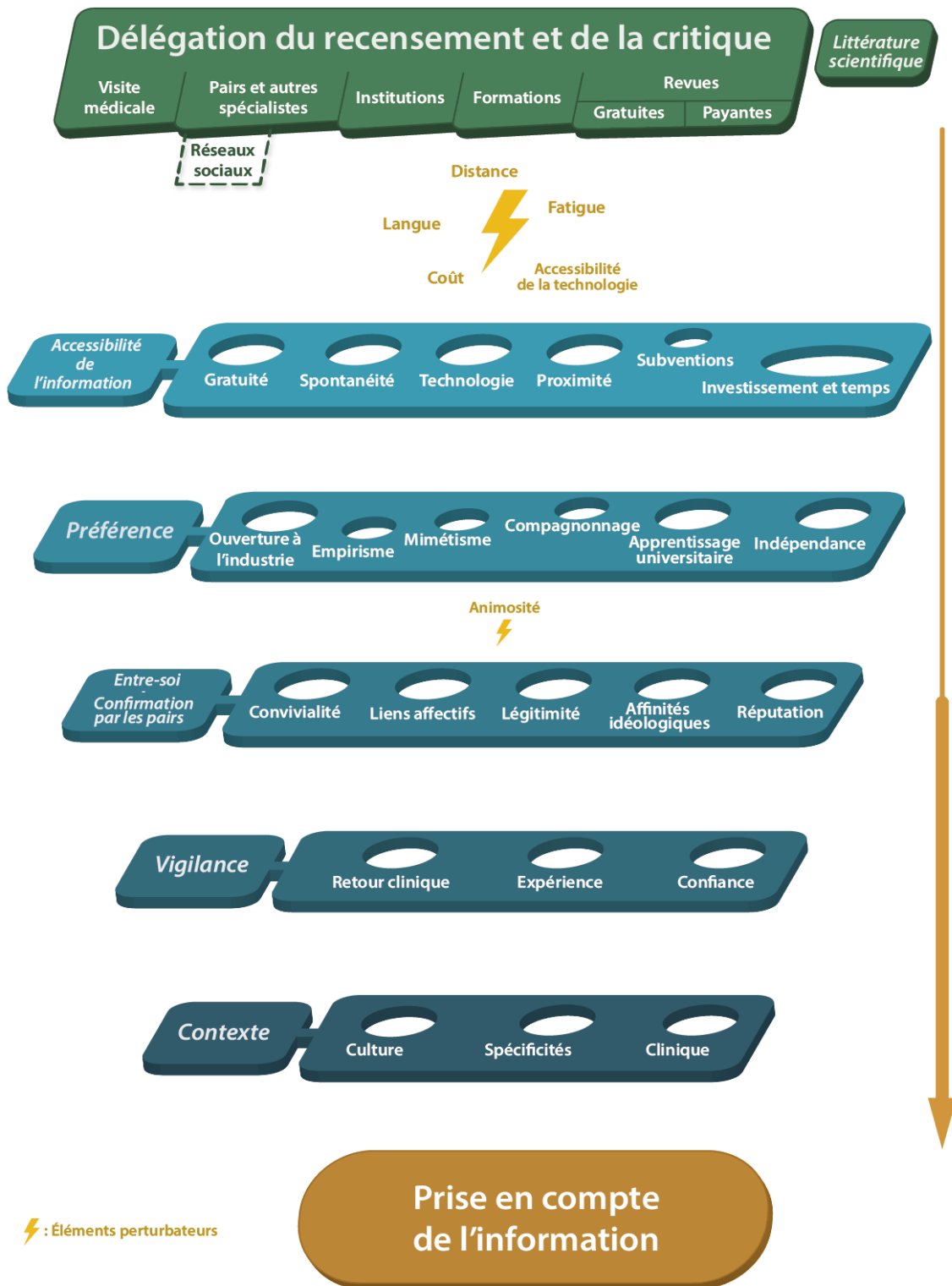


Figure 1 : Schéma explicatif de la façon dont une information chemine et est prise en compte dans la démarche de décision thérapeutique des médecins généralistes.

Chaque cercle est un élément permettant le passage d'une information si les conditions sont réunies, et l'empêchant dans le cas contraire. Par exemple, un bon retour clinique favorisera un passage, quand

un mauvais l'en empêchera. Certains éléments peuvent empêcher le passage de l'information, et sont représentés par des éclairs.

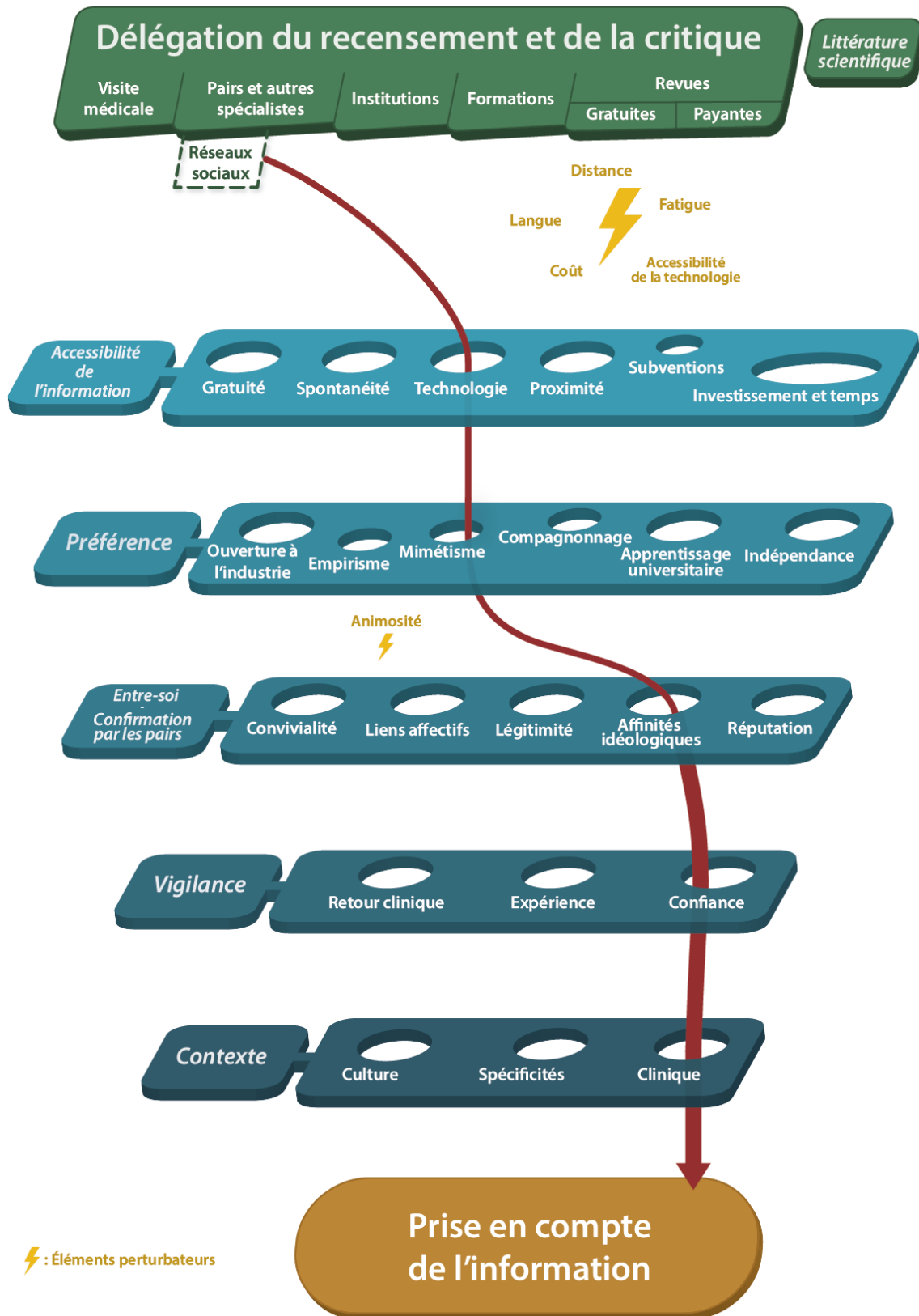


Figure 2: Exemple de cheminement d'une information tel qu'exprimé dans le cinquième entretien

Pour l'exemple (Figure 2), nous avons choisi de représenter dans la deuxième figure le parcours d'une information, tel qu'exprimé dans le cinquième entretien. Il s'agit bien d'un exemple pour une situation donnée. Pour une situation différente ou chez un autre médecin, le parcours peut être différent, ou ne pas aboutir.

5. Discussion

5.1. Forces et limites

5.1.1. Intérêt de la méthode

Le choix de la théorisation ancrée a permis une large liberté dans les possibilités d'interprétation des résultats. Le fait de réaliser des entretiens longs et d'amener les répondants à détailler leurs parcours offraient plusieurs opportunités d'ouvrir la discussion et de faire des liens entre leur parcours, leurs relations et leur processus décisionnel, liens qu'ils n'auraient pas toujours spontanément évoqués.

L'adaptation itérative du questionnaire permettait de confirmer rapidement les hypothèses, et d'approfondir certains sujets ouverts au fil des entretiens afin d'en étayer de nouvelles.

Le cas clinique, élaboré à partir d'une précédente étude (7) a permis aux répondants dans plusieurs cas, de mettre des mots sur leur pratique en la catégorisant. La crainte initiale était d'enfermer les répondants dans des cases trop étroites pour refléter une pratique complexe. Cependant, les répondants ont facilement accepté de se prêter à l'exercice en se l'appropriant très rapidement, souvent avant même la fin de la lecture du cas clinique. Cette catégorisation n'a pas semblé entraver le reste des entretiens.

5.1.2. Limites de la méthode

Du fait de la théorisation ancrée, la représentativité des médecins généralistes français n'a pas été recherchée dans ce travail de recherche. La proposition de ce schéma est bien celle d'une théorie « partielle, limitée et relative » (82) dont les hypothèses devront être confortées par d'autres études car soumises à un recrutement sélectif inhérent à la méthodologie retenue.

On pourrait reprocher un manque d'hétérogénéité au panel de participants, en particulier concernant leur sexe. Cependant, dans le cadre de ce travail en théorisation ancrée où il n'est pas ici question de faire varier des critères de sélection (recrutement en variation maximale), à aucun moment la question d'une différence de cheminement des informations en fonction du genre ne s'est spontanément posée pour les participants. Il faudrait cependant que cette hypothèse (l'absence de lien entre le sexe du médecin et le processus de cheminement entre la source d'informations et la prise de décision) soit testée dans le cadre d'un travail secondaire, son absence au fil des entretiens liée potentiellement au fait qu'une seule femme ait été interviewée.

Le nombre relativement faible d'entretiens fragilise lui notre modèle. Le fait d'avoir atteint une non-émergence de nouvelles hypothèses après seulement 7 entretiens est surprenant. On peut supposer que

le guide d'entretien, peut-être trop précis, ait rendu l'entretien directif et influençait ainsi les répondants malgré un travail au préalable sur les à-priori de l'investigateur principal. Une autre hypothèse serait qu'à l'évocation d'un sujet aussi sensible que l'origine de leurs prescriptions, certains répondants aient proposé un récit relatant des pratiques qu'ils pensaient être les bonnes, par crainte de se sentir jugés, récit plus ou moins éloigné de leur pratique réelle.

5.1.3. Limites de la schématisation

La schématisation de ces données en une figure unique est également une limite à la représentation de la complexité et de la diversité des différentes situations. Par exemple, certains médecins nous ont déclaré qu'après avoir été déçus de certains pairs sur des retours d'expérience clinique négatifs, ils tendaient à ne plus faire appel à ces pairs. Ce rétrocontrôle négatif, trop complexe pour qu'il puisse être représenté dans ce schéma, est néanmoins bien réel. L'ordre des différents filtres pourrait lui aussi être discuté en fonction de la situation, la vigilance pouvant par exemple intervenir à de nombreux niveaux de la circulation de l'information.

Les facteurs favorisant et perturbant le passage de l'information peuvent également s'imaginer à d'autres endroits, voire à plusieurs endroits en même temps, ce qui serait probablement plus près d'une réalité complexe où les processus décisionnels sont rapides, parfois simultanés, et souvent réalisés via des automatismes et des raccourcis décisionnels de raisonnement (84). La fatigue a par exemple été citée à plusieurs étapes, à la recherche de l'information et lors du processus d'adaptation au patient et à sa culture.

5.2. Principaux résultats et littérature existante

5.2.1. La délégation du recensement et de la critique

Un « filtrage » des données brutes de la science par des intermédiaires avait déjà été constaté, par manque de temps principalement (6) et a donc été confirmé lors des entretiens.

Au fil des entretiens, certains médecins généralistes semblaient s'effacer devant la supériorité des autres spécialistes. Certains disqualifiaient même complètement leurs compétences de critique ou de recherche de l'information. Il serait intéressant d'explorer en détail la question de la légitimité des médecins de premiers recours à recenser voire à critiquer les informations qu'ils reçoivent, peu d'éléments étant présents dans la littérature.

L'apparition « récente » des réseaux sociaux est venue ajouter, sinon une autre source, au moins un nouveau filtre à la recherche d'information, qui est utilisé par une majorité d'étudiants en médecine

(85). L'Académie Nationale de Médecine états-unienne les juge comme des vecteurs d'informations potentiellement intéressants. Cependant, elle note que les algorithmes de diffusion des informations de santé ainsi que les intérêts financiers à certaines priorisations de contenus sont inconnus. Il est donc impossible à ce jour d'utiliser ces médias sans réserve pour la recherche d'informations de santé (86).

L'utilisation spécifique du réseau Twitter pour la formation médicale continue relevée dans les entretiens ne semble pas anecdotique. En 2018 (87), 90 % des médecins interrogés sur ce réseau social déclaraient l'utiliser pour leur FMC. La même année, une étude observationnelle (88) concluait que malgré certains avis divergents, Twitter pouvait effectivement « être utilisé comme outil de formation. »

Comme nous le verrons plus loin, les réseaux se créent en fonction des affinités de leurs membres (89). Le corollaire à ces réseaux d'entraide est justement la création de « bulles », avec le risque de succomber premièrement au biais de confirmation. Il peut se définir (90) par le fait de « *rechercher ou interpréter une donnée en fonction de croyances ou attentes pré-existantes, ou d'une hypothèse pré-conçue* » (traduction libre).

Une autre explication d'engouement pour cette nouvelle forme de partage de la prise de décision serait d'y voir une nouvelle forme de « collusion de l'anonymat », ainsi définie par le Dr BALINT (91) : « *le poids des responsabilités est trop lourd et chacun, y compris le patient, essaye naturellement de l'alléger, en impliquant quelqu'un d'autre ou si possible plusieurs autres personnes. Ce phénomène peut être décrit comme un processus de dilution des responsabilités.* »

5.2.2. L'accessibilité

5.2.2.1. La fatigue

La question de la fatigue revenait souvent dans les entretiens. Les données de la science ne rapportent pas de lien direct entre la fatigue et une perte de chance pour les patients (92). Cependant, les médecins ont plutôt fait part dans les entretiens d'effets indirects comme une moindre propension à dispenser une éducation thérapeutique de qualité, par exemple.

En revanche, la surprescription décrite lors d'un épuisement, par exemple en fin de semaine, a été documentée. Il est par exemple prouvé (93) que les prescriptions d'antibiotiques en soins primaires sont plus fréquentes en fin de journée.

5.2.2.2. Le coût des thérapeutiques

Dans cette étude, aucun répondant n'a mentionné le coût des thérapeutiques dans son algorithme décisionnel. Pourtant, ce facteur est prédominant dans la plupart des études sur les déterminants de la prescription médicale (65). On peut faire l'hypothèse que du fait de la couverture sociale française, le coût des thérapeutiques ne préoccupe ni les médecins ni les patients dans le cadre de la consultation. Le septième répondant semblait aller dans ce sens en renvoyant la responsabilité de la gestion de ce coût à la sphère politique.

En 2019 (94), un décret a rendu obligatoire l'affichage du prix des médicaments et de l'ordonnance dans chaque logiciel d'aide à la prescription médicale. Il serait intéressant de déterminer si cette mesure a un impact sur le prix des ordonnances médicales.

5.2.2.3. L'incertitude décisionnelle

Dans le quatrième entretien, il était question de la place de l'incertitude dans la décision médicale. Le répondant supposait qu'en situation d'incertitude, il tendait à avoir recours aux premières informations disponibles, qui étaient selon lui de moins bonne qualité. La perception des patients de l'incertitude de leur médecin a été explorée (95) sans qu'on puisse en conclure autre chose qu'une grande diversité des profils de patients. Certains préfèrent que leurs médecins reconnaissent leur incertitude, d'autres l'interprétant de manière négative. Quant à la perception de l'incertitude par le médecin, il semblerait qu'elle soit effectivement perçue comme un facteur de stress (96). On peut donc émettre l'hypothèse que le stress induit par cette incertitude conduira le médecin à sélectionner des informations ou des sources par leur commodité (ou accessibilité) plutôt que par leur pertinence. Il faut noter que cette incertitude décisionnelle peut avoir un impact dans l'épanouissement professionnel des internes de médecine générale (97), et possiblement dans le reste de leur parcours.

5.2.3. Les préférences

5.2.3.1. Mimétisme, compagnonnage et vicariance

De notions de « *mimétisme* » et de « *compagnonnage* » revenaient fréquemment pour souligner qu'une grande part de l'apprentissage de la médecine se fait en observant l'exercice de maîtres de stages. Ce type de mimétisme, nommé dans la littérature *imitation cognitive*, se définit comme « *une sorte d'apprentissage observationnel au cours duquel un étudiant naïf copie l'usage d'une règle par un expert* » (traduction libre) (98).

En psychologie et pédagogie, on peut aussi parler d'apprentissage vicariant (99). « *L'expérience vicariante ou l'expérience indirecte consiste en un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation.* »

La place de ce type d'apprentissage dans la formation médicale explique peut-être en partie la propension des médecins à suivre ensuite les avis d'experts dans la suite logique de leur schéma d'apprentissage, sans forcément remettre en question le bien-fondé de leurs propres pratiques.

5.2.3.2. L'industrie du médicament

Le rôle de l'influence du marketing de l'industrie du médicament dans le choix de la prescription, et notamment la surprescription n'est plus à démontrer (100,101). Dans certains entretiens, les répondants sont conscients de cette influence alors qu'elle peut être clairement niée dans d'autres. La rareté voire parfois l'absence de formation à l'exercice indépendant de la médecine explique sans doute ce défaut de perception (48). Mais il faut noter que depuis le scandale de l'affaire du Médiator, des initiatives de sensibilisation des étudiants à cette problématique tentent de faire évoluer cet état de fait (102).

5.2.3.3. La compréhension de l'Evidence-Based Medicine

En 2019, dans le cadre d'une thèse sur le suivi de grossesse en médecine générale (103), il a été mis en avant que « *les praticiens jeunes qui ont bénéficié d'un enseignement de l'EBM basaient plus souvent leurs décisions sur les recommandations de bonne pratique, les données apprises pendant leurs études ou les congrès. Ils se préoccupaient moins des souhaits du patient et de leur propre expertise. Les praticiens âgés, qui n'en avaient pas bénéficié étaient plus souvent influencés par leur propre expertise, l'avis de leurs collègues et les souhaits du patient.* » Or les préférences du patient, de même que l'expertise clinique, font partie intégrante de l'EBM (104). Cette phrase résume la confusion qui était parfois faite par les médecins interrogés entre « EBM » et « données brutes de la science » amenant certains à opposer EBM et préférences du patient.

Nous avons là aussi pu observer que les jeunes médecins se reposaient effectivement plus sur des recommandations et les médecins plus âgés sur leur expertise. Mais plutôt que de séparer les jeunes médecins favorables à l'EBM et ceux plus âgés qui s'en détacheraient, on peut émettre l'hypothèse que les plus jeunes ont moins d'expérience, et que l'âge peut déplacer le curseur de l'EBM, des données brutes de la science et des recommandations, vers une prise en compte plus globale de la clinique et des choix des patients. Le concept même d'EBM serait pour certains auteurs (105) inadapté à la pratique de la médecine générale.

5.2.3.4. Les perceptions de la revue Prescrire

La revue Prescrire se distingue des autres par son modèle de fonctionnement indépendant : sans publicité, ni actionnaires, ni subvention. La caractéristique de cette revue est de proposer des analyses et recommandations en ne se basant que sur les seules données de la science. Le clivage entre les médecins persuadés de la force de ce modèle et ceux qui en ont au contraire « horreur » est toujours aussi franc. Il avait déjà été noté lors d'une précédente étude (7). Dans une démarche d'EBM, il faudrait donc tenir compte à la fois de ces informations, mais aussi de la clinique et des préférences et représentations du patient (104). On remarque cependant deux extrêmes possibles : ceux qui considèrent cette revue comme « étant de l'EBM » et qui tendent à négliger le pilier des représentations du patient (entretien 5), et au contraire ceux qui, ayant une pratique très éloignée de ce qui est conseillé par cette revue, refusent en bloc toutes les recommandations qu'elle propose (entretien 7). Ce clivage pourrait s'expliquer, entre autres hypothèses, par le fait que cette revue conclue systématiquement ses analyses par une balance « bénéfice-risque » tranchée, et ce sans prendre en compte le contexte clinique.

Une autre explication serait une forme du biais cognitif « d'aversion pour la perte » ou « biais des pertes irrécupérables ». Il explique le comportement d'individus qui, face à une situation devant laquelle tout porte à croire que toute mise est désormais perdue, vont malgré tout continuer à miser à perte en refusant l'évidence, car ils ont déjà beaucoup misé et que la somme initiale est irrécupérable (106). On peut faire l'hypothèse que des médecins ayant pratiqué une forme de médecine toute leur vie, mis devant l'évidence de l'inutilité voire la dangerosité de certaines pratiques, refuseront de changer ces dernières car cela reviendrait pour eux à admettre que ce qu'ils ont fait pendant des années n'avait pas les effets auxquels ils croyaient.

5.2.4. Le médecin, une unité et un réseau

Questionnés sur les origines des différences de prescriptions entre médecins généralistes, beaucoup concluaient à des différences de personnalité. Le rôle de la personnalité des médecins sur leurs prescriptions a en effet été observé dans de multiples études (107). On note par exemple que les praticiens les plus stressés tendent à être moins performants (108). À l'extrême, il a été prouvé que certains facteurs aigus comme un syndrome d'épuisement professionnel pouvaient également impacter négativement la prise en charge des patients (109).

Une autre caractéristique du médecin est son réseau. Il nous a semblé dans cette étude que les réseaux professionnels avaient été tissés en cohérence avec les habitudes et valeurs des différents acteurs, ce qui correspond aux dynamiques habituelles de création de réseaux professionnels en général (89).

L'impact du réseau professionnel des médecins, et de sa densité, sur leurs prescriptions, a lui aussi été démontré (110,111).

Dans le cinquième entretien, il a été suggéré que les affinités au sein du réseau, qui influent donc sur les prescriptions du répondant, peuvent répondre à des liens plus idéologiques, voire politiques, que professionnels. Dans la littérature, il a été montré que l'affiliation des médecins jouait effectivement sur leurs prises en charge, mais sur des sujets à haute polarisation politique, tels que l'IVG ou la consommation de cannabis (112). Il serait intéressant d'élargir la question, afin de déterminer si les convictions politiques peuvent aussi influencer d'autres types de prises en charges plus neutres.

5.2.5. Le contexte, le patient

5.2.5.1. Culture de la prescription, de la non-prescription

Même dans le cadre de l'EBM, l'adaptation de l'information à la clinique et aux préférences du patient se fait parfois aux dépens des données de la science, ce qui avait déjà été évoqué dans des travaux précédents (113).

Une étude de 2019 sur la relation entre les médecins généralistes et la non-prescription suggérait qu'une approche universitaire de cette thématique permettrait aux praticiens d'être plus à l'aise avec ce concept (114). Hypothèse confirmée dans autre étude (115) sur le vécu des internes en médecine générale face à la non-prescription, semblant alors indiquer que cette formation, quand elle existe, est perçue comme suffisante à l'université, dans les stages ambulatoires et dans les groupes de pratiques. Cependant, elle serait insuffisante dans les stages hospitaliers.

Dans cette même étude, on remarquait que les internes qui n'arrivaient pas à faire accepter la non prescription à leur patient exprimaient ressentir un sentiment de culpabilité. Nous l'avons également perçu dans cette étude, notamment lors du cinquième entretien : *« à la fin de mon remplacement, je prescris à une fois sur deux de l'HELICIDINE, du RHINOFLUIMUCIL... J'en pleure intérieurement ! »*

Parmi les nombreux et complexes déterminants de la non-prescription, il semblerait que l'éducation thérapeutique soit perçue par les médecins comme un moyen de moins prescrire, ce que nous avons là aussi observé au long de nos entretiens, notamment le troisième : *« c'est pareil avec les anti-vomitifs, je n'en prescris quasiment jamais, et je préfère passer du temps à leur expliquer pourquoi déjà ça ne marche pas, et aussi pourquoi c'est pas terrible de prendre ces neuroleptiques cachés. Certains parents n'ont en fait pas du tout envie de donner ça à leurs gamins quand ils savent ce qu'il y a dedans. »*

Mais comme nous l'avons vu plus haut, le déterminant principal semble être le moins quantifiable : la personnalité du médecin prescripteur (116).

5.2.5.2. L'attente des patients

Comme cela a été noté par certains répondants, la France est l'un des pays dont la population consomme le plus de médicaments comparativement à ses voisins (117). L'étude citée par ces répondants sur les différences de prescription entre les Pays-Bas et la France (118) fait en effet état de 56.8 % de non-prescription dans ce pays, contre 9.8 % en France.

L'attente des patients vis-à-vis de leur médecin de premier recours est un facteur qui explique en partie certaines sur-prescriptions (119). L'hypothèse que les patients les plus demandeurs choisissent les médecins les plus prescripteurs afin d'obtenir ce dont ils pensent avoir besoin a déjà été soulevée (120).

La conception des patients de la consultation comme un acte devant mener à une prescription est quelque chose qui semble ancré dans la perception que les patients ont de l'acte médical. La problématique est résumée en conclusion d'une étude (116) publiée en 2016 : « *Il devrait être possible de pouvoir construire en consultation un dialogue qui serait compris comme un véritable acte médical : écouter, examiner, expliquer, rassurer sont aussi des actions ayant leur propre valeur thérapeutique.* »

De la même manière, la dé-prescription de certains médicaments peut également être freinée par la crainte de la perception négative des patients. Il semblerait pourtant que cette perception des patients comme réfractaires à la dé-prescription soit au moins en partie biaisée, voire fausse (121).

5.2.6. Similitudes et différences entre ce schéma et les précédentes études

Dans les schématisations fréquemment utilisées pour expliquer la décision clinique, on retrouve (Figure 3) le schéma de J.M. CHALBOT (122).

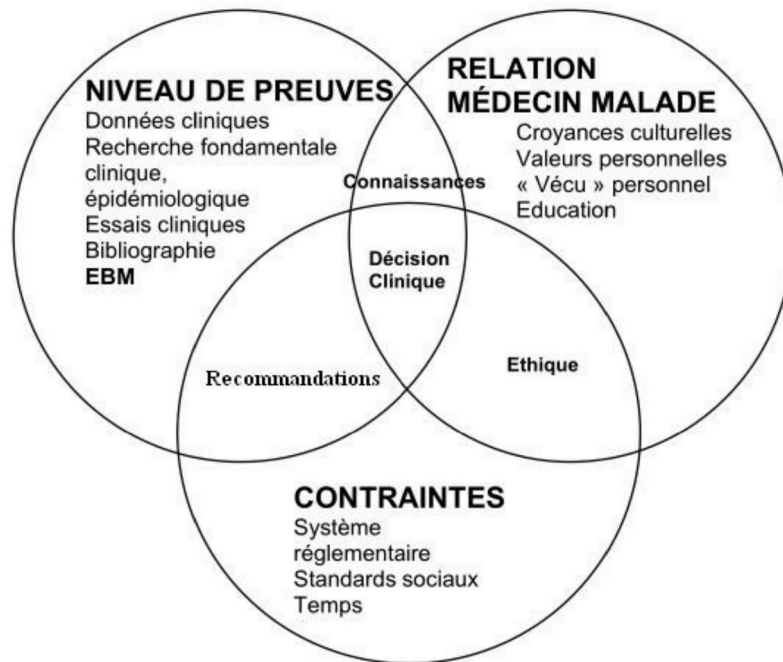


Figure 3: La décision médicale selon J.M. CHALBOT

Ce schéma présente une partie des déterminants que nous avons déjà abordés. L'apport de notre schéma est la notion de dynamique des informations, avec la notion d'obstacles et de facteurs facilitant leur prise en compte dans la décision thérapeutique.

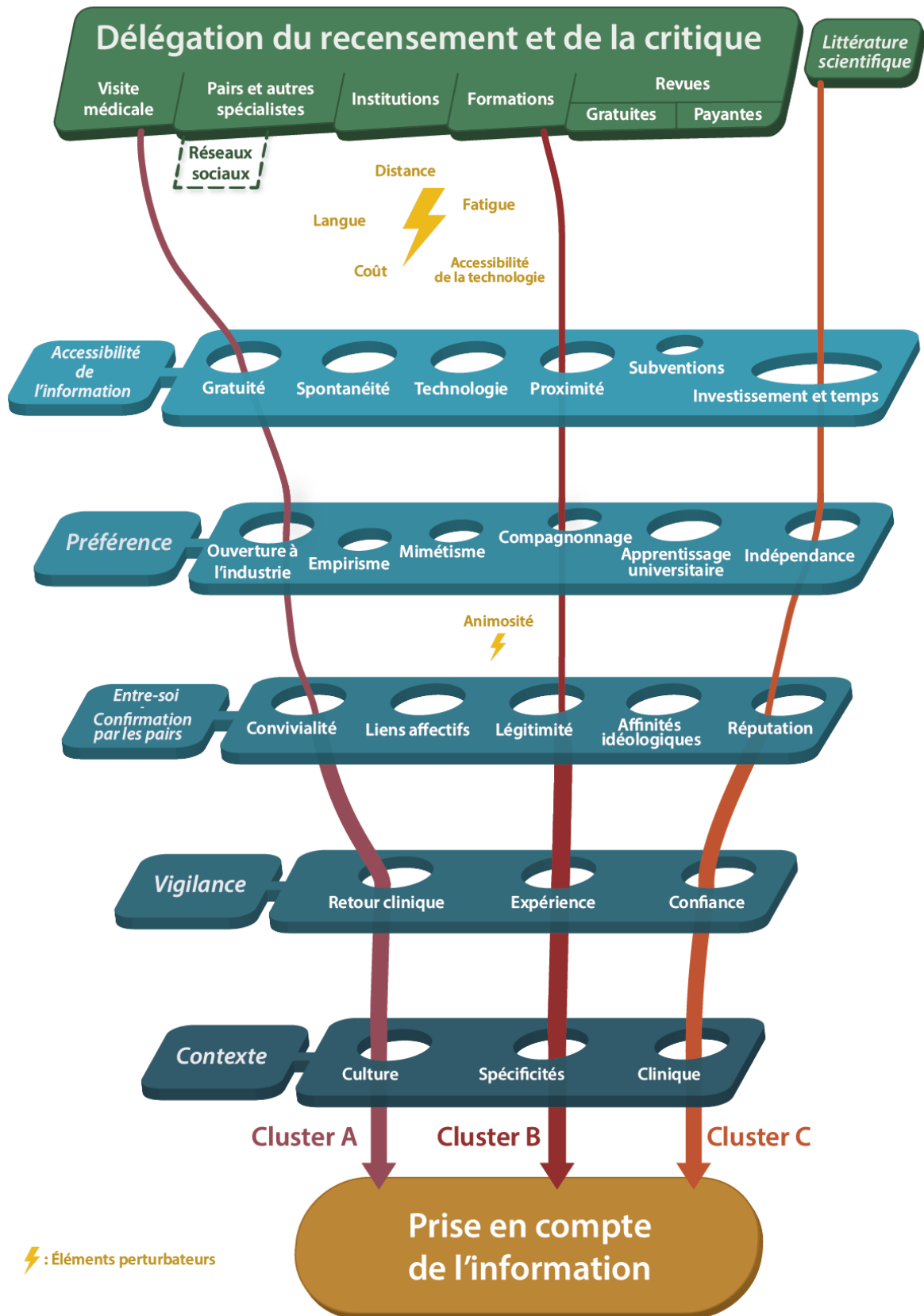


Figure 4: Intégration des clusters de l'étude du Dr PINTO dans notre schéma

Les trois « clusters » retrouvés dans l'étude du docteur PINTO évoquée dans l'introduction (7) peuvent se lire dans notre schéma final (Figure 4). Du côté gauche, on devine les habitudes des

médecins habitués à utiliser le plus souvent les avis d'experts (Cluster A). À droite, on remarque au contraire les médecins dont les ressources principales vont être les plus indépendantes (Cluster C). Enfin, au milieu, on peut deviner les praticiens les plus sensibles aux fondamentaux et à l'expérience (Cluster B). La différence entre la catégorisation par clusters et cette schématisation est la suggestion qu'en dépit de tendances, chaque médecin peut avoir un processus décisionnel différent. Certains entretiens ont suggéré que ce processus peut varier en fonction de la situation, mais peut être influencé également par certains facteurs extrinsèques, comme la fatigue, la lassitude, l'incertitude.

5.3. Perspectives

Nous avons vu que l'EBM était une notion différemment comprise selon les répondants. Au-delà de cette différence de représentation, une évolution de cette notion pour y intégrer les particularités de la médecine de premier recours serait intéressante. Ce travail semble en voie de réalisation (105).

Le rôle de l'apprentissage vicariant dans la représentation du développement médical continu doit être questionné. Si l'apprentissage par compagnonnage permet l'acquisition de compétences difficiles à acquérir lors d'une formation purement théorique, il risque aussi de n'être qu'un simple mimétisme sans questionnement sous-jacent, et d'être transposé par glissement non réflexif lors de la pratique quotidienne des médecins. L'habitude de cette forme d'apprentissage est peut-être la cause du sentiment d'illégitimité qui a été exprimé par les répondants ; ceux qui ont appris lors de leur formation initiale à répéter les gestes des professeurs et qui se tourneraient ensuite vers les autres spécialistes pour prolonger cette formation « mimétique ». Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée.

Enfin, le lien suggéré entre la confiance dans les intermédiaires et le fait que ces derniers partagent les mêmes idées politiques ou idéologiques mériterait d'être approfondi. Il est déjà établi qu'il est plus facile de faire confiance à une personne du même bord politique que le sien (123) et que les préférences politiques des médecins peuvent affecter leur prise en charge sur certains sujets politisés (112). En est-il de même pour des sujets plus neutres ?

6. Conclusion

Ce travail permet de mettre à nouveau en évidence chez les médecins de premier recours la délégation partielle ou totale du recensement et de la critique des sources d'information. L'accessibilité de ces informations semble dresser une première barrière : la langue, la technologie, la fatigue, l'investissement nécessaire et l'éloignement des interlocuteurs étant autant d'obstacles. Les préférences professionnelles telles que l'indépendance, l'empirisme, ou la formation universitaire sont un second filtre. La confirmation par les pairs vient ensuite potentialiser certaines informations, via la convivialité, les liens affectifs et la réputation. Une vigilance et une adaptation au contexte clinique achèvent de filtrer ces informations.

L'origine des décisions thérapeutiques est donc multifactorielle, et l'enseignement de ces facteurs pourrait permettre aux futurs médecins généralistes de mieux reconnaître et de se prémunir de certains biais décisionnels.

7. **Bibliographie**

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
2. Rucinski TL. The Elephant in the Room: Toward a Definition of Grey Legal Literature. *LAW LIBRARY JOURNAL*. 107:17.
3. Mahood Q, Van Eerd D, Irvin E. Searching for grey literature for systematic reviews: challenges and benefits. *Research Synthesis Methods*. 2014;5(3):221–34.
4. Paez A. Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2017;10(3):233–40.
5. Santé Connect' 2018: quelles sont les sources d'informations majeures des professionnels de santé ? [Internet]. Ipsos. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-quelles-sont-les-sources-dinformations-majeures-des-professionnels-de-sante>
6. Aubry Octruc Estelle. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2008.
7. Pinto Thomas. Facteurs influençant la décision thérapeutique en situation de recommandations divergentes : Exemple du diabète de type 2 non équilibré sous metformine. Paris; 2020.
8. SNEMG, CNGE. Maître de stage des universités et stages de médecine générale : Poursuite de la progression de l'offre. 05/16.
9. Chapitre II: Les études médicales. (Articles L632-1 à L632-13) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166667/>
10. Article R4127-68-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 27]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025834427
11. Renoult D. Formation médicale continue, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles, enjeux et mise en œuvre pour les médecins salariés non hospitaliers. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(hs):123–34.
12. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
13. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
14. Rubin P. Revalidation: A world first in medical regulation. *Arab J Urol*. 2014 Mar;12(1):83–5.
15. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juillet, 2019.
16. Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

17. L' Agence [Internet]. Agence DPC. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.agencedpc.fr/agence-nationale-dpc>
18. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ*. 1995 Apr 29;310(6987):1085–6.
19. Smith R. The Trouble with Medical Journals. *J R Soc Med*. 2006 Mar;99(3):115–9.
20. Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TA. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy*. 2014 Jan 1;114(1):5–14.
21. JCVI statement on use of the AstraZeneca COVID-19 vaccine: 7 April 2021 [Internet]. GOV.UK. [cited 2021 Jun 21]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/use-of-the-astrazeneca-covid-19-vaccine-jcvi-statement/jcvi-statement-on-use-of-the-astrazeneca-covid-19-vaccine-7-april-2021>
22. Covid-19: la HAS recommande d'utiliser le vaccin d'AstraZeneca chez les 55 ans et plus [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2021 Jun 21]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3244305/fr/covid-19-la-has-recommande-d-utiliser-le-vaccin-d-astrazeneca-chez-les-55-ans-et-plus
23. Renforcer la transparence et la gestion des conflits d'intérêts [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2021 Sep 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1056764/fr/renforcer-la-transparence-et-la-gestion-des-conflits-d-interets
24. Parsons HM, Vogel RI, Blaes AH, Lou E, Beckwith H, Yuan J, et al. Sources of Medical Information for Oncology Physicians During the COVID-19 Pandemic: Results From a National Cross-Sectional Survey. *JNCI Cancer Spectr*. 2020 Dec;4(6):pkaa095.
25. Stevens LM, Lynn C, Glass RM. Medical Journals. *JAMA*. 2006 Apr 19;295(15):1860.
26. Masters K. For what purpose and reasons do doctors use the Internet: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*. 2008 Jan;77(1):4–16.
27. De Leo G, LeRouge C, Ceriani C, Niederman F. Websites Most Frequently Used by Physician for Gathering Medical Information. *AMIA Annu Symp Proc*. 2006;2006:902.
28. Sim MG, Khong E, Jivva M. Does general practice Google? *Australian Family Physician*. 2008;37(6):471–4.
29. Support L. Etude du CTR SEO en France : comment les internautes parcourent les résultats de recherche ? [Internet]. iProspect. iProspect - French; 2019 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.iprospect.com/fr/fr/news-and-insights/news/etude-taux-de-clics-ctr-seo/>
30. Chau A, Schneidermann A. Revue de la littérature internationale : élaboration d'une liste de critères qualité de l'information médicale en ligne pouvant aider à la prise de décision en médecine générale [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160554>
31. Crespin P-A. Qualité des outils en ligne d'aide à la décision médicale référencés par Kitmédical®: élaboration d'une méthode d'analyse et résultats [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2020.

32. Mathilde Geeraert. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017. hal-01932058.
33. Page d'accueil | Leem [Internet]. [cited 2021 Oct 15]. Available from: <https://www.leem.org/>
34. LEEM. Fiche métier du visiteur médical.
35. Fugh-Berman A, Ahari S. Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. *PLoS Medicine*. 2007 Apr 24;4(4):e150.
36. Sondergaard J, Vach K, Kragstrup J, Andersen M. Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. *Family Practice*. 2009 Jun 1;26(3):204–9.
37. Greffion J, Breda T. Façonner la prescription, influencer les médecins. *Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs* [Internet]. 2015 Jun 17 [cited 2021 Sep 28];(17). Available from: <https://journals.openedition.org/regulation/11272>
38. DeJong C, Aguilar T, Tseng C-W, Lin GA, Boscardin WJ, Dudley RA. Pharmaceutical Industry–Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Internal Medicine*. 2016 Aug 1;176(8):1114.
39. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *JAMA*. 2000 Jan 19;283(3):373.
40. Khazzaka M. Pharmaceutical marketing strategies' influence on physicians' prescribing pattern in Lebanon: ethics, gifts, and samples. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2019 Dec [cited 2019 Mar 15];19(1). Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3887-6>
41. Article L5122-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034079699/2017-05-23/
42. HAS. Bonnes pratiques et critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française.
43. UDA, SPEPS. Charte de l'information promotionnelle [Internet]. [cited 2021 Jul 7]. Available from: <https://www.leem.org/charte-de-linformation-promotionnelle>
44. Lankinen KS, Levola T, Marttinen K, Puumalainen I, Helin-Salmivaara A. Industry guidelines, laws and regulations ignored: quality of drug advertising in medical journals. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2004 Nov;13(11):789–95.
45. VEGA A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Roubaix: Formindep; 2011 p. (200p.).
46. Ethique et Déontologie [Internet]. La Conférence des Doyens de Médecine. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/ethique-et-deontologie/>
47. Scheffer P, Guy-Coichard C, Outh-Gauer D, Calet-Froissart Z, Boursier M, Mintzes B, et al. Conflict of Interest Policies at French Medical Schools: Starting from the Bottom. Wray KB, editor. *PLoS ONE*. 2017 Jan 9;12(1):e0168258.

48. Boëffard A. Relations entre étudiants en médecine et industrie pharmaceutique en France en 2019: étude transversale descriptive sur l'exposition au contenu promotionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
49. Dunn AG, Coiera E, Mandl KD, Bourgeois FT. Conflict of interest disclosure in biomedical research: a review of current practices, biases, and the role of public registries in improving transparency. *Res Integr Peer Rev.* 2016 Dec;1(1):1.
50. Crawford W, Camm CF, Prachee I, Olivarius-McAllister J, Ginks MR, Nicol ED. Are conflict of interest declarations appropriate to allow sufficient consideration of potential bias in presentations? *Future Healthc J.* 2020 Oct;7(3):226–9.
51. Sismondo S. Key opinion leaders. In: Dussauge I, Helgesson C-F, Lee F, editors. *Value Practices in the Life Sciences and Medicine* [Internet]. Oxford University Press; 2015 [cited 2021 Sep 22]. p. 31–48. Available from: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199689583.001.0001/acprof-9780199689583-chapter-2>
52. Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies. *J Law Med Ethics.* 2013;41(3):665–72.
53. Lundh A, Barbateskovic M, Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Conflicts of Interest at Medical Journals: The Influence of Industry-Supported Randomised Trials on Journal Impact Factors and Revenue – Cohort Study. *PLoS Med.* 2010 Oct 26;7(10):e1000354.
54. The Clarivate Analytics Impact Factor [Internet]. Web of Science Group. [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://clarivate.com/webofsciencegroup/essays/impact-factor/>
55. Richard Smith: A ripping yarn of editorial misconduct [Internet]. *The BMJ.* 2008 [cited 2021 Sep 21]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/10/21/richard-smith-a-ripping-yarn-of-editorial-misconduct/>
56. Méthodologie détaillée du classement mondial de la liberté de la presse | Reporters sans frontières [Internet]. RSF. 2016 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <https://rsf.org/fr/methodologie-detaillee-du-classement-mondial-de-la-liberte-de-la-presse>
57. Grandes et petites misères du journalisme économique [Internet]. *Alternatives Economiques.* [cited 2021 Sep 9]. Available from: <https://www.alternatives-economiques.fr/grandes-petites-miseres-journalisme-economique/00094239>
58. Loretta A. Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures. *Sciences sociales et sante.* 2019;Vol. 37(4):37–62.
59. Hsiang EY, Mehta SJ, Small DS, Rareshide CAL, Snider CK, Day SC, et al. Association of Primary Care Clinic Appointment Time With Clinician Ordering and Patient Completion of Breast and Colorectal Cancer Screening. *JAMA Network Open.* 2019 May 10;2(5):e193403.
60. Persson E, Barrafreem K, Meunier A, Tinghög G. The effect of decision fatigue on surgeons' clinical decision making. *Health Economics.* 2019;28(10):1194–203.

61. Islam MA, Awal MA. Factors Influencing Physicians' Clinical Decision-making at Upazila Health Complexes in Bangladesh. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*. 2020 Nov 30;3(4):125–33.
62. Quien S. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale.
63. Amar E, Pereira C, Delbosc A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *undefined*. 2005;
64. Factors affecting the uptake of new medicines: a systematic literature review | *BMC Health Services Research* | Full Text [Internet]. [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-469>
65. Gallan A. Factors That Influence Physicians' Prescribing of Pharmaceuticals: A Literature Review. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*. 2011 Dec 4;16:3–46.
66. Sah S, Loewenstein G. Effect of Reminders of Personal Sacrifice and Suggested Rationalizations on Residents' Self-Reported Willingness to Accept Gifts. :8.
67. Frachon I. Mediator 150mg - Sous-titre censuré. Brest: Editions dialogues.fr; 2010.
68. Hadland SE, Krieger MS, Marshall BDL. Industry Payments to Physicians for Opioid Products, 2013–2015. *Am J Public Health*. 2017 Sep 1;107(9):1493–5.
69. Dowell D, Arias E, Kochanek K, Anderson R, Guy GP Jr, Losby JL, et al. Contribution of Opioid-Involved Poisoning to the Change in Life Expectancy in the United States, 2000-2015. *JAMA*. 2017 Sep 19;318(11):1065–7.
70. Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *BMJ*. 2019 Nov 5;l6015.
71. HAS. Récapitulatif des travaux de la HAS sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. 2018.
72. Dalgarrondo S, Hauray B. Conflit d'intérêts et traitements anti-Alzheimer : de la construction à la contestation d'une promesse médicale. *Sciences sociales et sante*. 2020 Oct 6;Vol. 38(3):77–104.
73. Déremboursement des médicaments anti-Alzheimer, et après ? [Internet]. France Alzheimer. 2018 [cited 2021 Oct 26]. Available from: <https://www.francealzheimer.org/deremboursement-des-medicaments-anti-alzheimer-et-apres/>
74. Présentation du D.E.S [Internet]. [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
75. Article 35 - Information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
76. Atlas A, Milanese S, Grimmer K, Barras S, Stephens JH. Sources of information used by patients prior to elective surgery: a scoping review. *BMJ Open*. 2019 Aug 1;9(8):e023080.

77. Litzkendorf S, Frank M, Babac A, Rosenfeldt D, Schauer F, Hartz T, et al. Use and importance of different information sources among patients with rare diseases and their relatives over time: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2020 Jun 5;20(1):860.
78. Clarke MA, Moore JL, Steege LM, Koopman RJ, Belden JL, Canfield SM, et al. Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. *Health Informatics J*. 2016 Dec 1;22(4):992–1016.
79. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010. 271 p.
80. Lebeau J-P. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
81. Recherches n’impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
82. Paillé P. L’analyse par théorisation ancrée. *crs*. 1994;(23):147–81.
83. Mission commune d’information sur le Mediator : compte rendu de la semaine du 7 mars 2011 [Internet]. [cited 2021 Oct 7]. Available from: <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20110307/mediator.html>
84. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. 1st ed. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011. 499 p.
85. Guraya S. The Usage of Social Networking Sites by Medical Students for Educational Purposes: A Meta-analysis and Systematic Review. *North American Journal of Medical Sciences*. 2016 Jul 1;8:268.
86. Kington RS, Arnesen S, Chou W-YS, Curry SJ, Lazer D, Villarruel and AM. Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media: Principles and Attributes. *NAM Perspectives* [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2021 Oct 13]; Available from: <https://nam.edu/identifying-credible-sources-of-health-information-in-social-media-principles-and-attributes/>
87. Berne C. *Description et analyse des avantages et inconvénients du réseau social Twitter pour les médecins généralistes* [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paris 13; 2018.
88. Rochoy M, Jihann Bouarfa, Berkhout C, Launay D, Calafiore M. #DocTocToc / #DocsTocToc : Twitter comme outil d’entraide entre médecins. 2018 [cited 2021 Oct 26]; Available from: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.19873.45928>
89. Ventolini S. Le réseau de développement professionnel des managers. *Revue française de gestion*. 2010 May 1;n° 202(3):111–26.
90. Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises - Raymond S. Nickerson, 1998 [Internet]. [cited 2021 Oct 26]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1037/1089-2680.2.2.175>
91. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Nouv. éd. [Paris: Payot & Rivages]; 1996. (Bibliothèque scientifique Payot).

92. Gates M, Wingert A, Featherstone R, Samuels C, Simon C, Dyson MP. Impact of fatigue and insufficient sleep on physician and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Sep 1;8(9):e021967.
93. Linder JA, Doctor JN, Friedberg MW, Nieva HR, Birks C, Meeker D, et al. Time of Day and the Decision to Prescribe Antibiotics. *JAMA Intern Med*. 2014 Dec;174(12):2029–31.
94. Décret n° 2019-856 du 20 août 2019 relatif à la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation ainsi qu'à l'indemnité journalière en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038940111/>
95. McGovern R, Harmon D. Patient response to physician expressions of uncertainty: a systematic review. *Ir J Med Sci*. 2017 Nov;186(4):1061–5.
96. Evans L, Trotter DRM. Epistemology and Uncertainty in Primary Care: An Exploratory Study. *Family Medicine*. 41(5):8.
97. Sophie DURENNE - REDIS. Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en stage ambulatoire. Etude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en 2020. Université Picardie Jules Verne Amiens;
98. Subiaul F, Cantlon JF, Holloway RL, Terrace HS. Cognitive Imitation in Rhesus Macaques. *Science*. 2004 Jul 16;305(5682):407–10.
99. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. L'orientation scolaire et professionnelle. 2004 Sep 15;(33/3):475–6.
100. Anne Vega. Les surprescriptions de médicaments en France: le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique [Internet]. Formindep. 2011 [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://formindep.fr/les-surprescriptions-de-medicaments-en-france-le-vrai-mechant-loup-de-lindustrie-pharmaceutique/>
101. Koch C, Schleeff J, Techen F, Wollschläger D, Schott G, Kölbel R, et al. Impact of physicians' participation in non-interventional post-marketing studies on their prescription habits: A retrospective 2-armed cohort study in Germany. *PLOS Medicine*. 2020 juin;17(6):e1003151.
102. No Free Lunch 2019 [Internet]. ISNAR-IMG. [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.isnar-img.com/no-free-lunch-2019/>
103. Cohen R. Quelles sont les différentes stratégies d'accès à la connaissance du médecin généraliste (de façon globale et ciblée) lors d'un suivi de grossesse non pathologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2019.
104. Siwek J. Evidence-Based Medicine: Common Misconceptions, Barriers, and Practical Solutions. *AFP*. 2018 Sep 15;98(6):343–4.
105. Upshur REG, Tracy CS. Is evidence-based medicine overrated in family medicine? *Can Fam Physician*. 2013 Nov;59(11):1160–1.
106. Tversky A, Kahneman D. Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference-Dependent Model. *The Quarterly Journal of Economics*. 1991 Nov 1;106(4):1039–61.

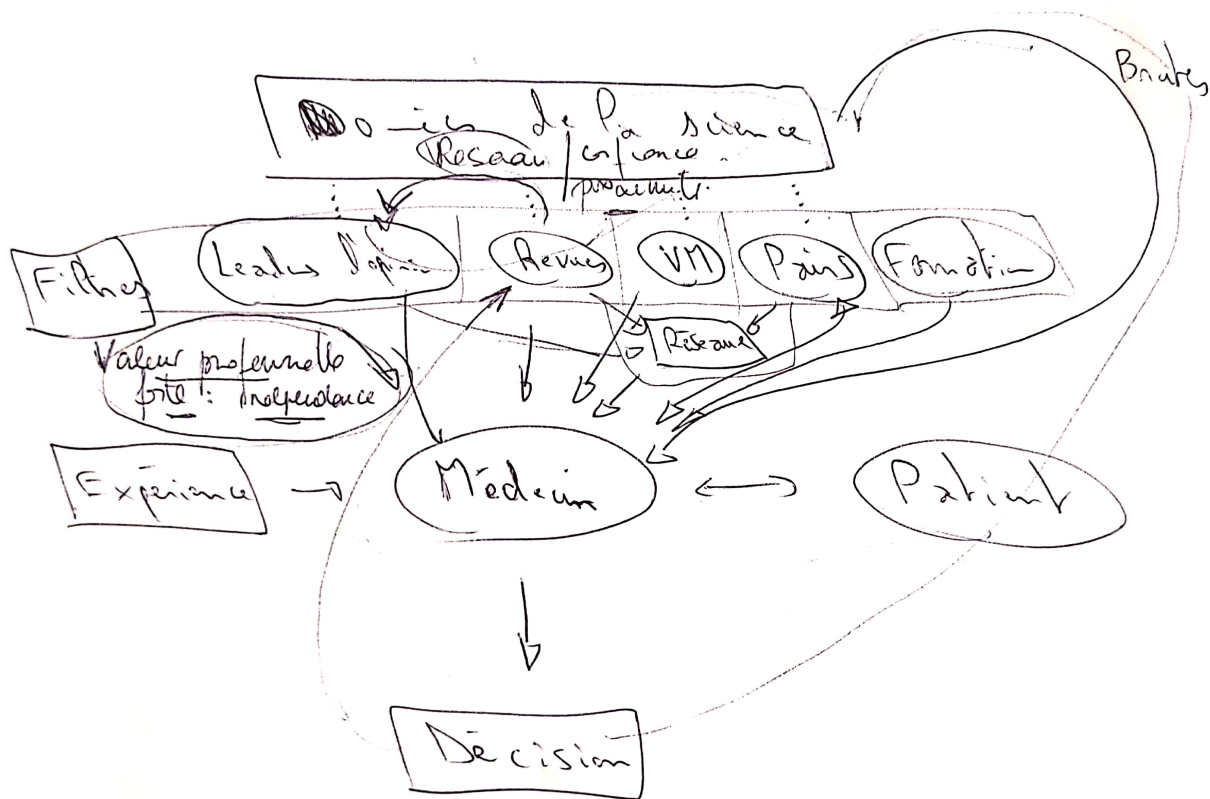
107. Viswanath B, Rao ORS. Role of Physician's Personality on their Drug Prescription Behavior. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*. 2020 Dec 19;11:6954–61.
108. Rosenstein A. The Impact of Stress, Burnout, and Personality on Physician Attitudes and Behaviors that Impact Patient Care. *Psychology and Behavioral Science International Journal*. 2017 Apr 17;3.
109. Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:169–77.
110. Arnold C, Koetsenruijter J, Forstner J, Peters-Klimm F, Wensing M. Influence of physician networks on prescribing a new ingredient combination in heart failure: a longitudinal claim data-based study. *Implement Sci*. 2021 Aug 28;16:84.
111. Donohue JM, Guclu H, Gellad WF, Chang C-CH, Huskamp HA, Choudhry NK, et al. Influence of peer networks on physician adoption of new drugs. *PLOS ONE*. 2018 Oct 1;13(10):e0204826.
112. Hersh ED, Goldenberg MN. Democratic and Republican physicians provide different care on politicized health issues. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2016 Oct 18;113(42):11811–6.
113. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*. 2003 May 9;4(1):6.
114. Zatar S, Bardoux A. La non prescription en médecine générale en 2019: déterminants et ressentis de médecins généralistes. 2018-....., France; 2019.
115. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152535>
116. Bourbon L. La consultation sans prescription médicamenteuse: perceptions des médecins généralistes, obstacles à la non-prescription, et conditions pour une évolution des pratiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cited 2021 Oct 18]. Available from: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/b99a210f-3f01-420d-9cda-661df0fefe7a>
117. DRESS. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020 [Internet]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>
118. Lemasson H, Roulliere-Lelidec DC. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. :62.
119. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 2007 Dec 1;3(10):456–61.
120. Feron J-M, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. *Pathologie Biologie*. 2009 Feb 1;57(1):61–4.
121. Julien C. Patients et médecins face à la déprescription médicamenteuse: réactions et bilans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.

122. Chalbot J.M. *Décision médicale : des théories pour des pratiques.* (47):877–8.
123. Buliga E, MacInnis C. “How do you like them now?” Expected reactions upon discovering that a friend is a political out-group member. *Journal of Social and Personal Relationships.* 2020 Oct 1;37(10–11):2779–801.
124. Reason JT, Hoc J-M, Guarnieri F, Besnard D. *L’erreur humaine.* 2e éd. Paris: Presses des Mines; 2013. (Collection Économie et gestion).

8. Annexes

8.1. Journal de bord

SCHÉMA INITIAL (18 FÉVRIER 2021)



Scanné avec CamScanner

Figure 5: Schéma initial résumant les a-priori de l'auteur sur le sujet

Schéma résumant mes à-priori sur la question de recherche arrêtée : « Comment une source d'information vient-elle s'ancrer dans la démarche de prescription thérapeutique des médecins généralistes ? »

Réalisation de la structure de la grille d'entretien avec BS, puis rédaction et enfin corrections et ajouts à nouveau sous la supervision de BS.

PREMIER ENTRETIEN (21 AVRIL 2021)

Entretien avec un médecin, entretien « pilote ».

Transposition en verbatim puis remarques de BS et discussion pour améliorer les suivants.

Il était notamment très court, je me limitais alors à la grille en m'interdisant de rebondir sur des thématiques d'intérêt, ce qui était dommage.

PREMIER CODAGE (30 AVRIL – 4 MAI 2021)

Codage du premier entretien sans les propriétés, avec de nombreux retours et commentaires de la part de BS.

Ajout des questions suivantes à la grille d'entretien :

« Un généraliste doit-il critiquer et comparer ses sources d'information ? », ce que le premier participant ne semblait pas penser.

« Existe-t-il une proximité affective entre vous et les personnes que vous avez l'habitude de solliciter ? », afin de rechercher une notion d'entre-soi qui semblait se dégager du réseau du premier participant.

« Pensez-vous que la façon de rechercher et de comparer les sources soit différente en fonction de l'âge des médecins et pourquoi ? »

« Êtes-vous encouragés ou découragés par la perception qu'ont les patients de l'investissement que nécessite votre DPC ? », car le premier participant semblait penser que les patients n'étaient pas conscients de l'effort que le DPC suppose. Il semblait intéressant de voir si le manque de reconnaissance des patients envers le DPC n'était pas un facteur de désinvestissement de ce processus.

DEUXIÈME ENTRETIEN (21 MAI 2021)

Entretien avec un médecin proche de la retraite, pour tester notamment si la notion de réseaux apparaît aussi fortement. Relances directes cette fois.

Transposition en verbatim.

DEUXIÈME CODAGE (1^{ER} JUIN 2021)

Codage du deuxième entretien sans les propriétés, puis ajout des propriétés au codage du premier entretien puis au codage du deuxième, après là encore plusieurs discussions avec BS pour revoir la méthode, tirée d'un manuel de référence (80).

Ajout des questions suivantes à la grille d'entretien :

« Des retours d'expérience négatifs sont-ils susceptibles de modifier votre pratique ? », pour explorer un possible impact du biais d'aversion évoqué par le deuxième participant.

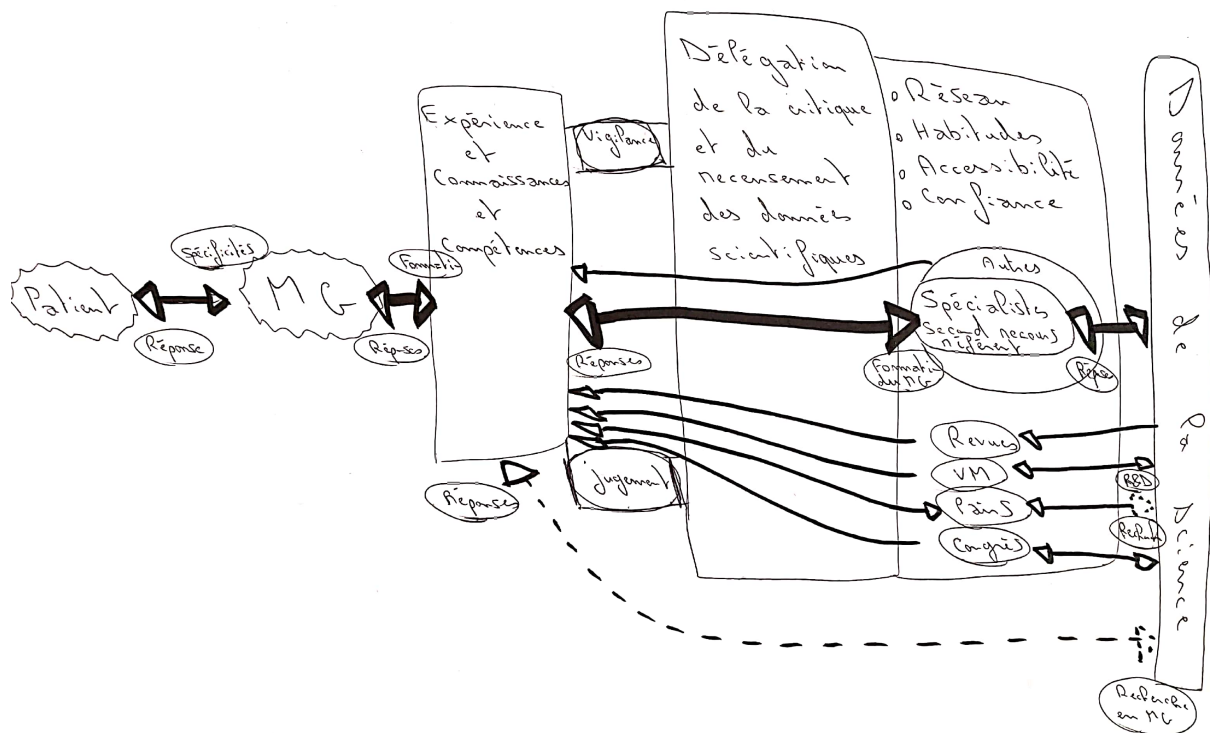
« Quels sont selon vous les critères de confiance ou méfiance envers des données médicales ou leurs intermédiaires ? »

PREMIÈRE ET DEUXIÈME CATÉGORISATION (15 JUIN 2021)

Premier exercice de catégorisation faisant ressortir les notions suivantes :

« Délégation de la critique », « Vigilance », « Confiance », « Souplesse et adaptation », « Réseau », « Apprécier la valeur d'une source »

PREMIÈRE SCHÉMATISATION (25 JUIN 2021)



Scanné avec CamScanner

Figure 6: Première ébauche de schématisation

PREMIÈRE HYPOTHÈSE (25 JUIN 2021)

« Les médecins généralistes délèguent la critique des données de la science à des intermédiaires, par manque de temps et supposément de compétences. Le recrutement de ces intermédiaires fait intervenir la confiance et constitue un réseau. »

Ajout de cette hypothèse à la grille d'entretien

TROISIÈME ENTRETIEN (2 JUILLET 2021)

Entretien avec un jeune médecin installé, universitaire, investi dans la formation et la recherche, dans le but de le confronter à la première hypothèse.

Nombreuses données, nombreuses pistes, avec notamment l'évocation de valeurs professionnelles.

Transposition en verbatim

TROISIÈME CODAGE (5 JUILLET – 2 AOÛT 2021)

Codage avec ajout à la suite des propriétés

Suppression de la dernière partie de la grille d'entretien concernant les patients : peu contributive, car les participants parlent déjà spontanément de la place des patients dans leurs choix thérapeutiques lors du reste de l'entretien. Création à la place d'une partie sur les différences de « cultures médicales », centrales dans le dernier entretien.

Ajout des questions suivantes à la grille d'entretien :

« Si des données de la science vont à l'encontre de votre expérience, quelle est votre attitude ? », car les premiers participants semblaient utiliser leur expérience comme « garde-fou » face à certaines recommandations, mais le troisième semblait au contraire faire passer les données de la science avant son expérience.

« Quelles-sont les valeurs professionnelles des confrères vers qui vous vous tournerez préférentiellement pour demander un avis ? »

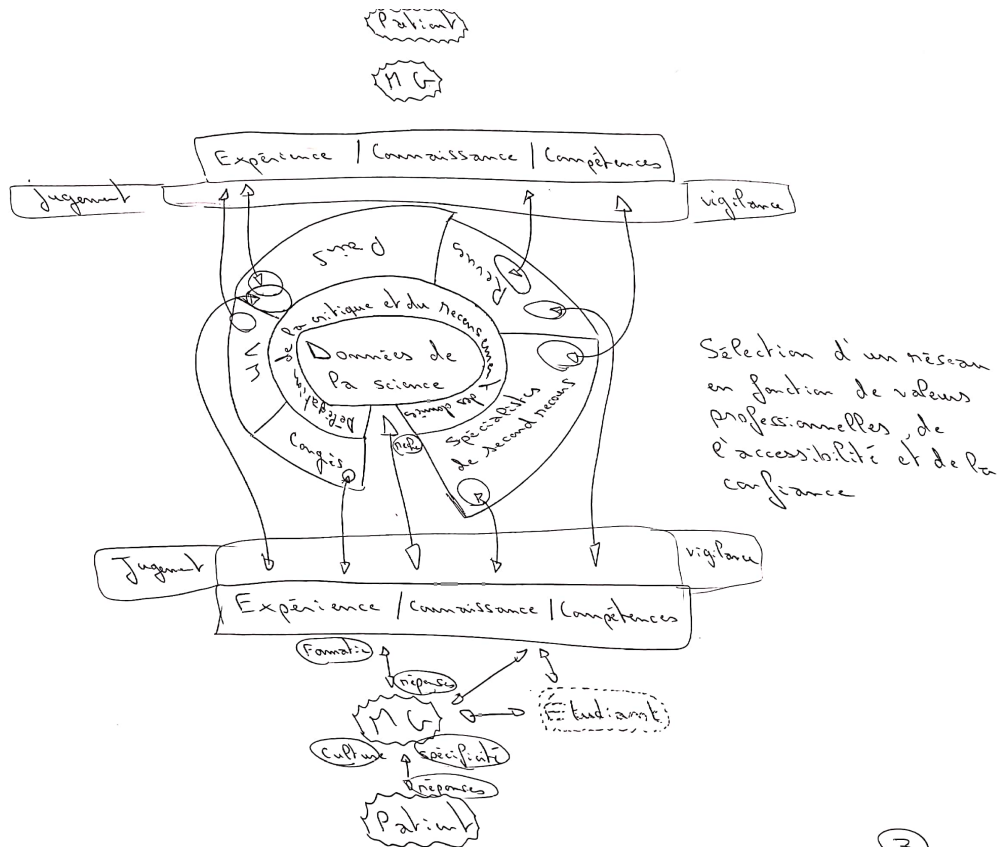
« Pensez-vous qu'elles soient proches des vôtres ? »

« Quelle est selon vous la cause de ces différences de cultures, visions ou valeurs ? »

TROISIÈME CATÉGORISATION (5 JUILLET 2021)

Ajout des notions suivantes :

« Valeurs professionnelles », « Culture du médicament »



Scanné avec CamScanner

Figure 7: Deuxième ébauche de schématisation

Discussions avec BS sur la forme du schéma, critique des précédents, suggestions pour les prochains, notamment celle de s'inspirer de certains schémas expliquant les principes de réduction des risques (124), en couches type « Fromage suisse ».

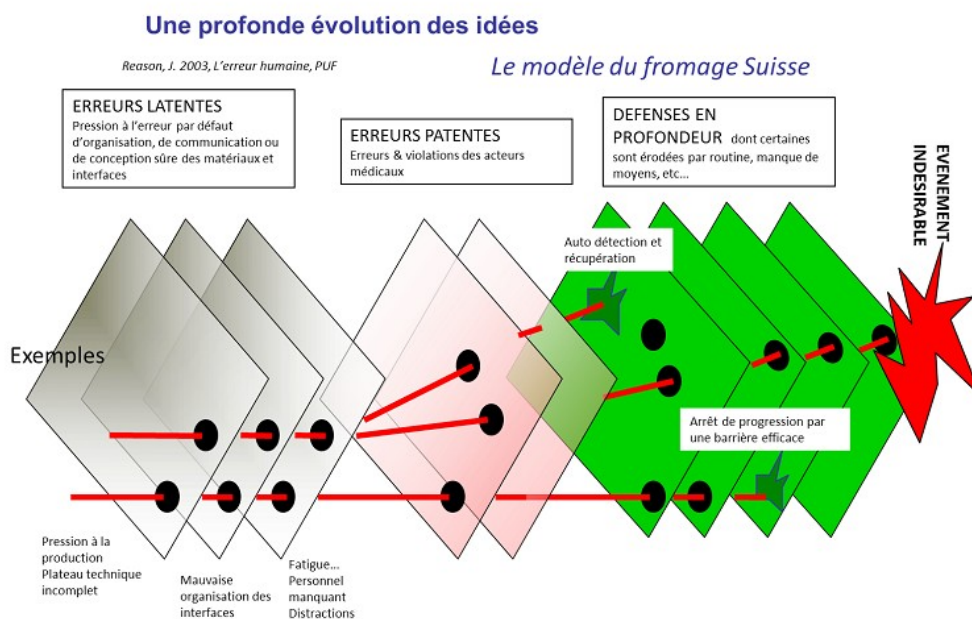


Figure 8: L'erreur humaine selon Reason

DEUXIÈME HYPOTHÈSE (5 JUILLET 2021)

« La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des valeurs professionnelles du praticien, et de la culture de ses patients vis-à-vis de la thérapeutique ».

Ajout de cette hypothèse à la grille d'entretien

QUATRIÈME ENTRETIEN (21 JUILLET 2021)

Entretien avec un jeune médecin nouvellement installé, sans relation avec le milieu universitaire.

Il aborde notamment la notion d'incertitude et de la confiance en soi, à deux reprises.

Transposition en verbatim

QUATRIÈME CODAGE (17 AOÛT – 30 AOÛT 2021)

Codage avec ajout à la suite des propriétés

Ajout de la question suivante à la grille d'entretien :

« Si un médicament est inefficace mais qu'il n'y a pas d'autre alternative, exemple de l'acétylleucine, quelle est votre réaction ? »

QUATRIÈME CATÉGORISATION (30 AOÛT 2021)

Ajout des notions suivantes :

« Mimétisme », « Clientélisme », « Empirisme », « Investissement »

TROISIÈME HYPOTHÈSE (30 AOÛT 2021)

« La formation continue améliore la confiance en soi, qui elle-même évite le recours à de mauvaises sources d'information »

Ajout de cette hypothèse à la grille d'entretien

CINQUIÈME ENTRETIEN (31 AOÛT 2021)

Entretien avec un jeune médecin utilisant les réseaux sociaux comme source d'information principale.

Suggestion que les affinités idéologiques ont un rôle dans la sélection des interlocuteurs de confiance.

Transposition en verbatim

CINQUIÈME CODAGE (1^{ER} SEPTEMBRE – 2 SEPTEMBRE 2021)

Codage avec ajout à la suite des propriétés

CINQUIÈME CATÉGORISATION (3 SEPTEMBRE)

Ajout des notions suivantes :

« Bulles de confirmation », « Réputation », « Légitimité », « Fatigue »

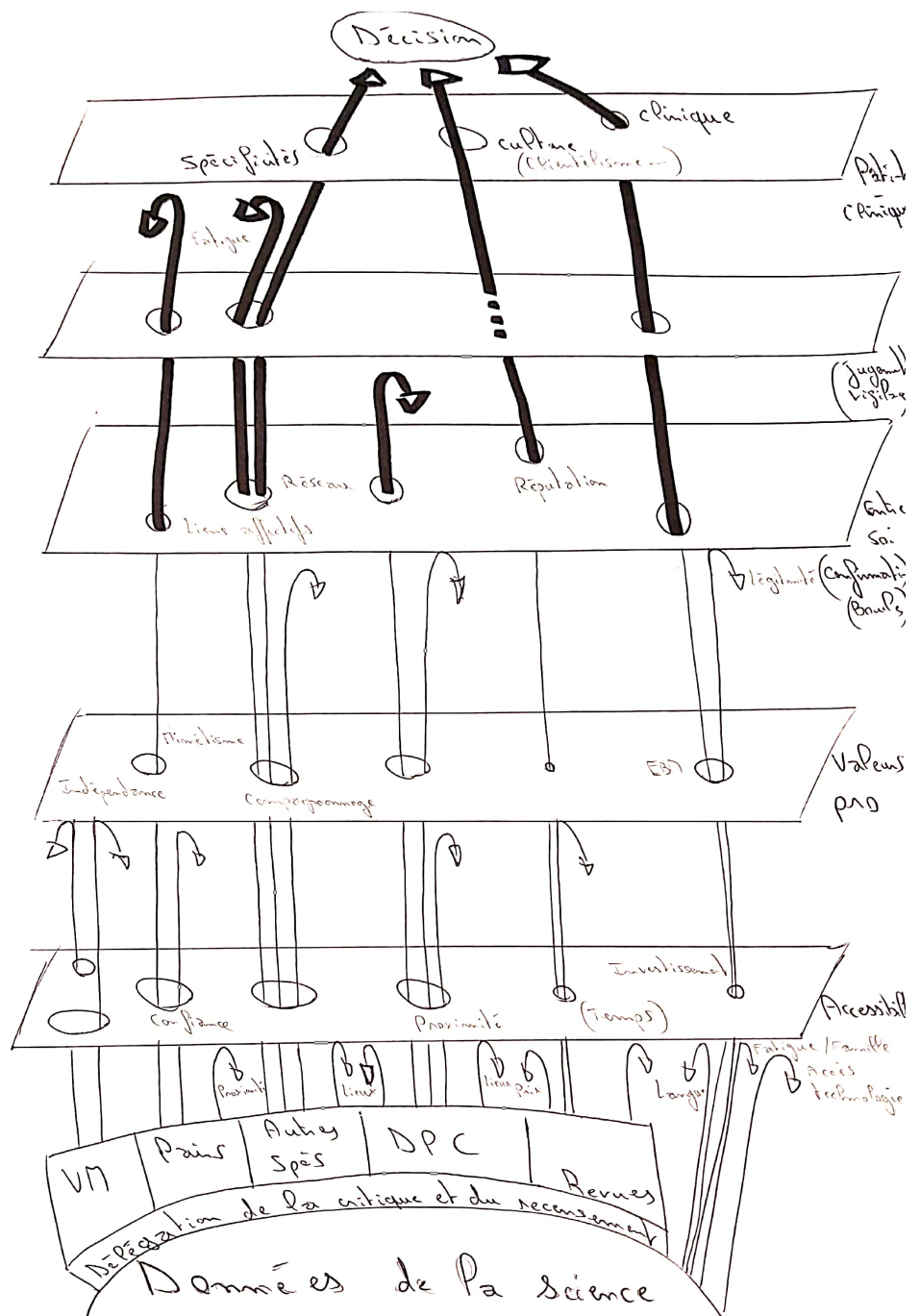
NOUVELLES HYPOTHÈSES (3 SEPTEMBRE 2021)

« L'effet « bulle » d'un réseau partageant les mêmes valeurs peut donner une importance biaisée à une source »

« L'accès à des sources de qualité demande un investissement conséquent »

« L'éducation et le parcours déterminent une pluralité de valeurs professionnelles »

Ajout de ces hypothèses à la grille d'entretien



Scanné avec CamScanner

Figure 9: Troisième ébauche de schématisation

TROISIÈME
SCHÉMATISATION
(3 SEPTEMBRE 2021)

SIXIÈME ENTRETIEN (5 SEPTEMBRE 2021)

Entretien avec un couple de médecins exerçant depuis plusieurs années.

Malgré un positionnement presque contraire à celui retrouvé chez beaucoup des jeunes ayant précédemment répondu, ils confirment néanmoins les hypothèses. Pas de nouvelles hypothèses.

Transposition en verbatim

CINQUIÈME CODAGE (6 SEPTEMBRE)

Codage avec ajout à la suite des propriétés

CINQUIÈME CATÉGORISATION (6 SEPTEMBRE)

Pas de nouvelles notions mais confirmation des précédentes.

Changement de « Valeurs professionnelles » pour « Stratégies et valeurs » puis « Préférences professionnelles », après discussion avec BS.

Ajout de la source « Institutions » qui avait été omise.

SEPTIÈME ENTRETIEN (4 OCTOBRE 2021)

Entretien avec un médecin ayant des responsabilités dans les politiques de santé locales.

Là encore, pas de nouvelle hypothèse.

Transposition en verbatim

SEPTIÈME CODAGE (6 OCTOBRE 2021)

Codage avec ajout à la suite des propriétés

CINQUIÈME CATÉGORISATION (6 OCTOBRE 2021)

Reprise des précédentes catégorisations pour essayer de relire les premiers entretiens à la lumière des dernières hypothèses.

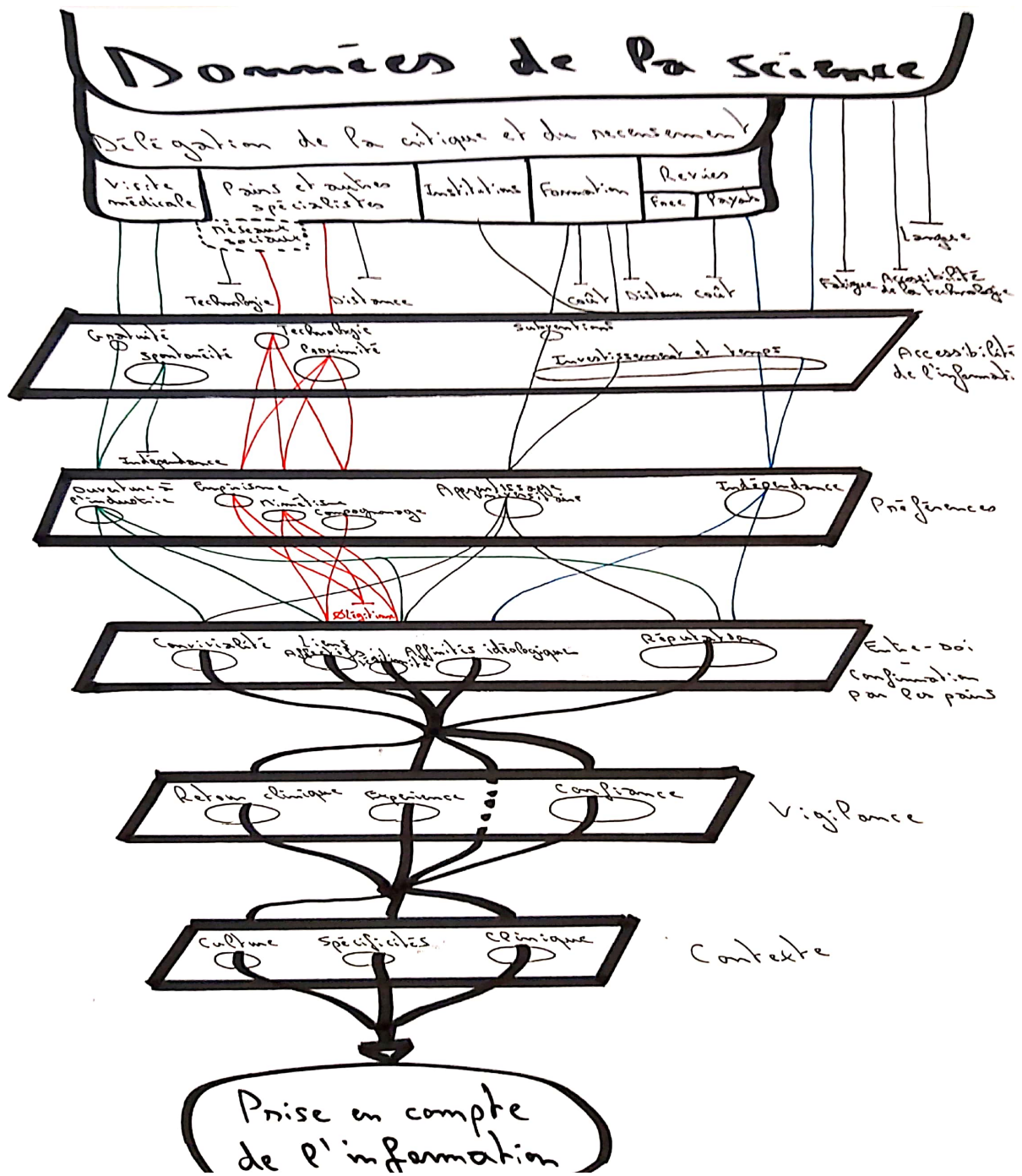


Figure 10: Quatrième ébauche de schématisation

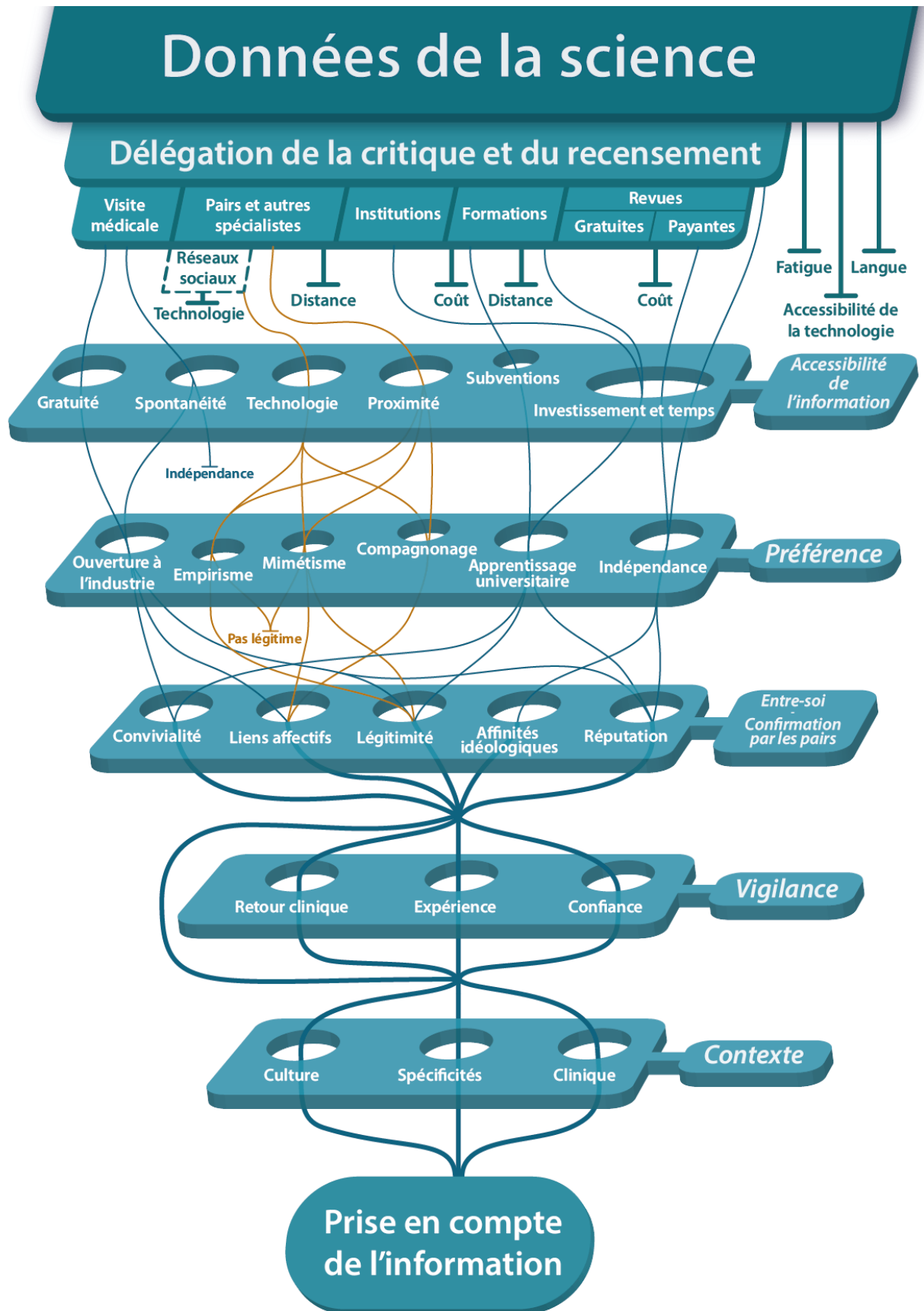


Figure 11: Première mise en forme du schéma

CRITIQUES EXTRINSÈQUES DE LA MISE EN FORME (15-25 OCTOBRE 2021)

Présentée à un échantillon de jeunes médecins, beaucoup ont souligné que la complexité des différentes flèches masquait le thème principal. Nous avons donc décidé de n'en présenter qu'une seule.

DEUXIÈME MISE EN FORME GRAPHIQUE (25 OCTOBRE 2021)

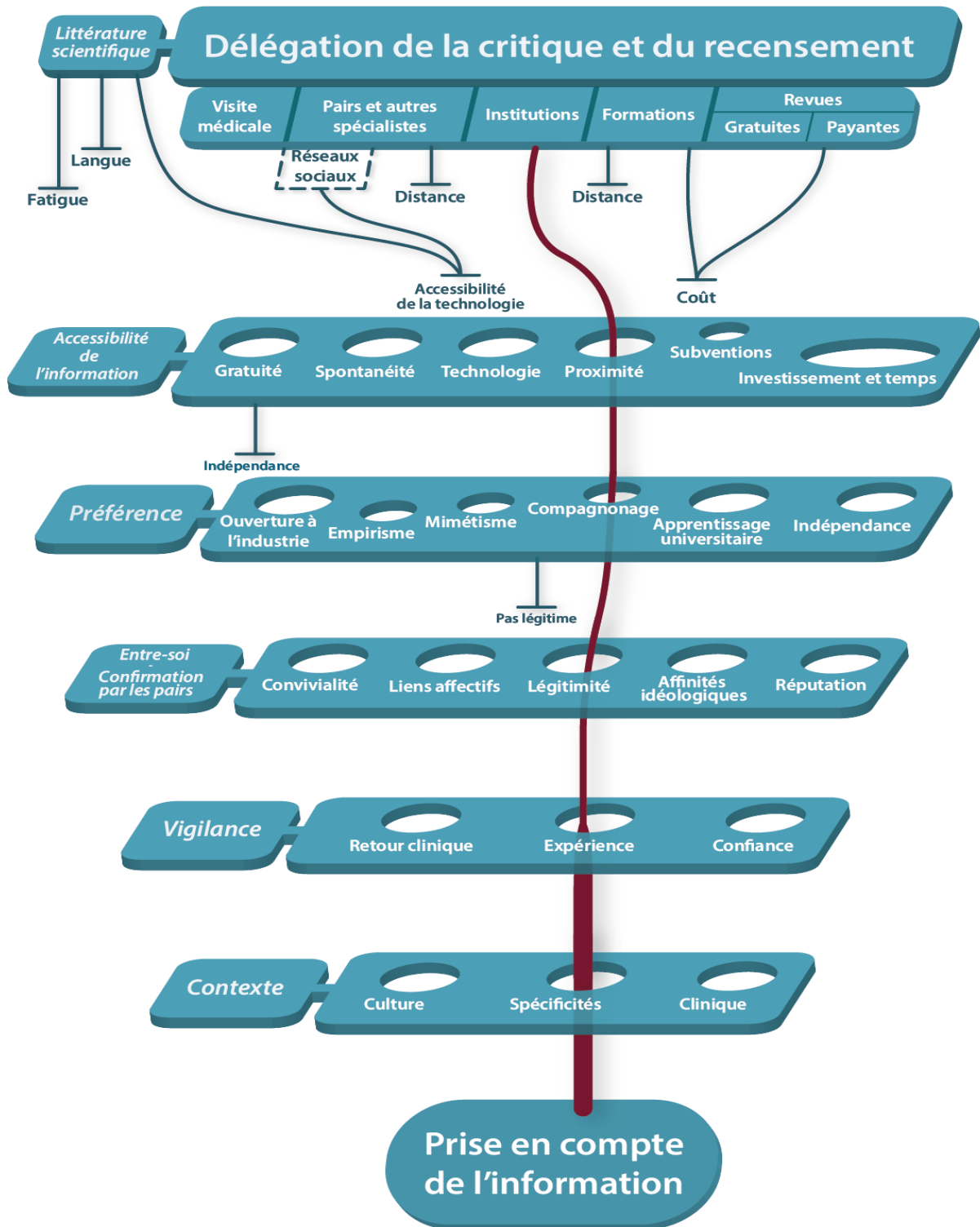


Figure 12: Mise en forme en ne proposant qu'une seule flèche

CRITIQUE DE LA NOUVELLE MISE EN FORME (26-31 OCTOBRE 2021)

Les différentes strates n'étaient pas assez individualisées, il a donc été décidé de les colorer en dégradé.

Essai de schématisation des trois clusters retrouvés dans l'étude du Dr PINTO.

TROISIÈME MISE EN FORME GRAPHIQUE (31 OCTOBRE 2021)

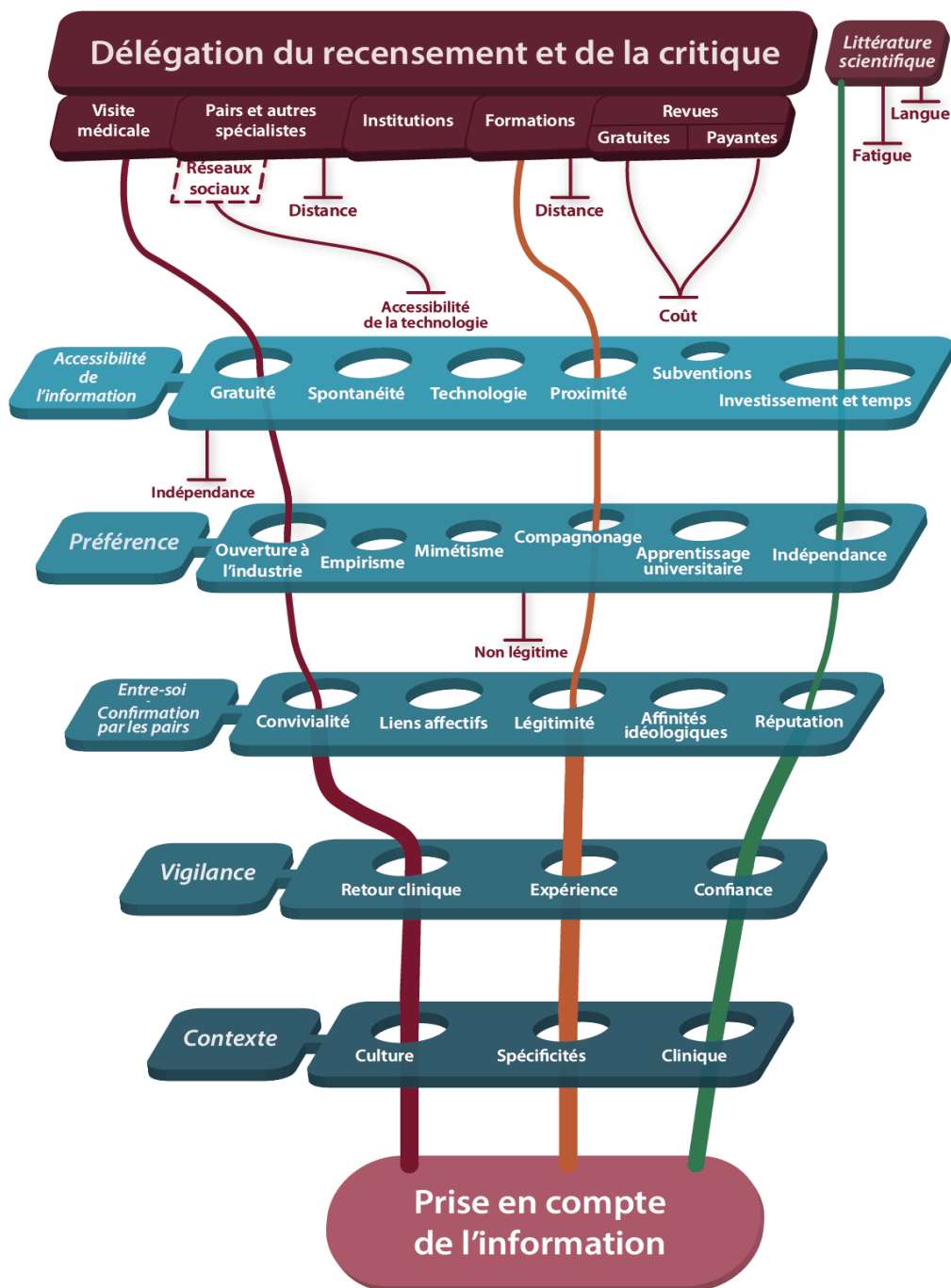


Figure 13: Mise en forme proposant la représentation des trois clusters de l'étude du Dr PINTO

CRITIQUE DE LA NOUVELLE MISE EN FORME (31 OCTOBRE 2021)

Enfin, il fut finalement décidé de représenter les « freins » par des éclairs, et pour plus de lisibilité, d'enlever l'ensemble des flèches.

Le sens du schéma serait représenté par une flèche unique, sur le côté, et la potentialisation de l'entre-soi se verrait quand même.

Décision de scinder les deux premiers blocs (délégation du recensement et de la critique d'une part, et la liste des intermédiaires d'autre part) pour bien montrer qu'ils ne font qu'un.

Les trois flèches des trois clusters ont été utilisées pour illustrer un passage de la discussion, et une autre a été réalisée pour illustrer les possibilités de ce schéma.

Le schéma retenu était donc le schéma final. Il a été réalisé le premier novembre 2021 grâce aux compétences de Mme Justine CAVAGNA, graphiste et chargée de communication, qui a utilisé pour cela le logiciel Illustrator.

8.2. Avis du comité d'éthique



C.L.E.R.S

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Caen, le 30 septembre 2021

A Monsieur THOMAZO Matthieu

Adresse pour toute correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUDEL

Vice-Président :

Pr Achille AOUBA

Membres :

Nathalie BRIELLE
Véronique GAUTHIER
Guillaume GRANDAZZI
Sonia GUILLOUET
Xavier HUMBERT
Rémy MORELLO
Fanny ROGUE
Bertille SUZAT
Lydia GUITTET
Emmanuel BABIN
Cyril GUILLAUME
Laura LEVALLOIS
Bénédicte CLIN -
GODARD

Objet : Avis favorable de votre projet de recherche

Cher Collègue,

Nous avons analysé, au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS), votre étude « **Proposer un modèle explicatif de la façon dont s'inscrit une source d'information dans l'acte de prescription des médecins généralistes** ».

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'**Avis Favorable**. Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis.

Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- une participation des patients qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- respecter la norme légale, s'appliquant en France en la matière et respecter la méthodologie de référence (MR-004).
- une analyse des données, respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- une information des représentants légaux des patients ou patients majeurs et une non inclusion des patients, en cas d'opposition de ces représentants légaux ou des patients si ceux-ci se présentent pour votre recherche.

8.3. Première grille d'entretiens

Mesures diverses :

- Présentation personnelle ;
- Remerciements ;
- Accord pour enregistrement puis retranscription en verbatim pour annexes du travail de recherche ;
- Confidentialité de l'entretien, verbatim ne comprenant que les données qu'il aura choisi de me divulguer, nom et prénom ne seront pas cités ;
- Il y aura une présentation rapide du sujet (situation pro, parcours, âge, etc)

Introduction : définition de l'objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de proposer un schéma explicatif de la manière dont une source d'information vient s'ancrer dans la démarche de décision thérapeutique des médecins généralistes.

« Cas clinique »

« Votre patient présente une pathologie bien connue et étudiée pour laquelle plusieurs traitements sont identifiés. Un « traitement » peut désigner un conseil, une molécule ou un mode d'administration différent d'une même molécule.

A – Des spécialistes de cette pathologie, nationalement reconnus, ont rédigé une recommandation en faveur du traitement A, vous avez donc appris lors de votre formation initiale et dans de nombreuses revues qu'il fallait l'utiliser en première intention.

B – En vous basant sur votre expérience clinique et de votre formation continue, il vous semble pourtant constater que le traitement B est très efficace, ce que l'avis de confrères généralistes avec qui vous échangez dans votre entourage, groupe de pairs, sur des réseaux sociaux ou d'autres applications paraît confirmer.

C – Une revue indépendante, par exemple « Prescrire », préconise d'utiliser le traitement C.

En admettant que ces avis divergents aient été diffusés à la même date, que les toutes les connaissances sur ces traitements étaient à disposition de tous leurs auteurs et qu'elles n'aient pas évoluées depuis, dans votre pratique courante, quel traitement seriez-vous enclin à prescrire le plus souvent en première intention dans le traitement de cette pathologie ?

Attention, il n'y a pas de « bonne » réponse à ce questionnaire qui est caricatural et ne prend pas en compte les nuances rencontrées dans la pratique réelle. Il vise à déterminer la place des différentes sources d'information dans la pratique courante des médecins généralistes. »

Table 2: Première grille d'entretien

Thème	Questions principales	Relances
1/Brise-glace	Racontez une situation clinique où vous avez dû vous renseigner (avant ou pendant la consultation) avant de prescrire une thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none"> – Quel a été votre premier recours pour vous informer ? – Par la suite, comment avez-vous comparé ces informations ? – Quelle source ou support vous a finalement permis de décider ? – Que pensez-vous de ce choix ? – Si situation peu informative : passer au « cas clinique »
« Cas clinique »	Dans quelle catégorie pensez-vous vous situer le plus souvent ?	<ul style="list-style-type: none"> – Il s'agit d'une situation caricaturale, qui vise surtout à voir ce que vous faites dans une situation d'incertitude thérapeutique – Si c'est trop abstrait, choisissez ce que vous souhaiteriez tendre à faire le plus souvent. – Si vous ne vous retrouvez pas dans ces exemples, pouvez-vous expliquer votre démarche ?
2/Réseau socio-professionnel lors de la formation	Pouvez-vous décrire votre implication dans vos relations socio-professionnelles, particulièrement lors de votre formation, initiale ou continue ?	<ul style="list-style-type: none"> – Groupes d'amis lors de la formation initiale/continue ? – Cercle amical actuel dans le secteur de la santé ? – Activités associatives, syndicales, politiques ? – Quelle est votre implication dans la FMC ? (revues, congrès, DU, visite médicale, autres ?) – En quoi pensez-vous que vos relations aient un impact sur le choix de vos sources d'information médicale, sur votre pratique ? – Quelles relations, et quel impact à votre avis ?
3/Façon d'intégrer de nouvelles données à la pratique	Comment intégrez-vous les informations, actualités, nouvelles recommandations dans votre pratique ?	<ul style="list-style-type: none"> – Qu'est-ce qui pourrait vous amener à intégrer une nouvelle thérapeutique à votre pratique ? Ou à retirer une thérapeutique de votre pratique ? – Quels événements sont pour vous les plus susceptibles de faire évoluer votre pratique en termes de thérapeutique ?
4/Confiance accordée aux différentes sources	Comment sélectionnez-vous les sources d'information susceptibles de modifier votre pratique ?	<ul style="list-style-type: none"> – Sources par principe écartées ou au contraire retenues ? – Méfiance/confiance particulière envers certaines ? – Si deux sources diffèrent, comment en arrivez-vous à prescrire A plutôt que B ? – Quels sont selon vous les critères de confiance/méfiance envers des données médicales ou leurs intermédiaires ?
5/Attentes des patients	Quelle place occupe l'avis de vos patients dans vos choix thérapeutiques, et dans quelle mesure viennent-ils parfois changer vos pratiques ?	<ul style="list-style-type: none"> – Dans quelle mesure le choix des patients entre-t-il dans vos décisions thérapeutiques ? – Comment pensez-vous que les patients perçoivent les différentes sources d'information des médecins ?

8.4. Verbatim 1

Médecin installé depuis longtemps

Alors, donc pour commencer, est-ce que tu peux raconter une situation clinique dans laquelle tu as dû te renseigner avant ou pendant la consultation pour choisir une thérapeutique, dernièrement, ou qui te vient à l'esprit.

Tu me prends au dépourvu : je suis en vacances, j'ai tout oublié ! La dernière fois, alors oui, c'est une patiente hypertendue traitée par IEC qui en même temps prends six diffu-k par jour, c'est une patiente que j'ai récupérée depuis peu, qui a à priori un hyperaldostéronisme qui n'a pas été exploité, donc en fait il a fallu que je change de thérapie pour pouvoir... parce que sous IEC ça ne marchait pas, donc il a fallu que je change de thérapie, que je regarde pour trouver le délai entre le moment où on arrête l'IEC, et le moment où on va faire des recherches biologiques pour savoir si c'était bien ça pour confirmer son hyperaldostéronisme.

Quel a été ton premier recours pour t'informer sur cette situation ?

Alors mon premier recours ça a été de lui dire que je ne comprenais pas sa prescription de six diffu-k par jour, et que j'allais probablement la rappeler pour changer de traitement, ce qui m'a permis de temporiser, et deuxièmement

j'ai regardé sur internet, troisièmement j'ai appelé un ami, voilà.

Sur internet tu ne te souviens peut-être plus des sites ?

Non je ne me souviens plus des sites, je n'ai pas de site de référence je tape « aldostéronisme primaire », bon après tu as des sites qu'il faut éliminer mais souvent tu tombes sur des sites universitaires, il y a des collègues qui sont recommandés par le DMG notamment mais souvent je trouve qu'ils ne sont pas toujours clairs, ce n'est pas toujours facile. J'aime bien la revue Exercer, je suis abonné à La Revue du Prat, je suis abonné à Prescrire, donc ça fait quand même des sources.

Et au final quelle est la source qui t'a finalement permis de te décider ?

La confirmation par les spécialistes.

Et qu'est-ce que tu penses du choix du spécialiste ?

Que ça allait dans le sens de la littérature.

D'accord. OK, sinon on va parler un peu plus du coup, si ça ne t'ennuie pas, de ton réseau professionnel lors de ta formation notamment. Est-ce que tu peux décrire ton implication, tes relations socioprofessionnelles notamment dans la formation, initiale ou continue...

Ma formation ? alors je ne comprends pas la question, ma formation de quoi ?

Ta formation à la fac tout ça. Des groupes, globalement, des activités...

Mais ça fait longtemps ! Moi j'estime que j'ai appris la médecine sur le terrain. J'ai fait beaucoup de SAMU, à l'époque on était chez les pompiers en doublure, j'ai fait beaucoup de stage de SMUR, j'ai fait mon armée dans un service de réa et ça c'était bien, au niveau des gestes, au niveau équipe et compagnie c'était pas mal, après voilà on avait un parrain d'études à cette époque-là qui ne m'a jamais rendu franchement service. C'était un chirurgien cardio-vasculaire qui m'a surtout demandé de faire du secrétariat, mais à part ça il ne faisait pas grand-chose, mais peu importe. Les formations, j'ai participé beaucoup, au départ, moins maintenant parce que je commence à vieillir et puis parce que j'ai d'autres choses à faire, à aller à des soirées. Moi je trouve que les soirées m'ont vraiment toujours apporté beaucoup. J'ai toujours reçu les labo et même encore maintenant. Alors bien sûr il y a le risque de tomber dans la facilité, etc, mais quand tu as une question, alors bon il y a des visiteurs médicaux c'est même pas la peine de leur demander parce que ça ne sert à rien, ils ne comprennent rien, et puis voilà, mais tu en as d'autres, ils prennent ta question et ils vont te faire

<p>un retour et ça peut être intéressant. Généralement tu as un retour avec un dossier grand comme ça, tu ne peux pas tout lire mais si tu leur demandes un truc simple ça peut être bien. Toute source dans la formation médicale est bonne. Et puis maintenant j'ai un réseau de partenaires, ou de professionnels que je n'hésite pas à appeler.</p>	<p>Non non, je n'en connais qu'un avec qui, que je vois régulièrement, c'est X avec qui je cours trois fois par semaine parce qu'on fait le même sport, mais non mes autres potes ne sont pas dans la santé.</p>	<p>en pause, je n'étais pas au DMG. J'ai été deux fois directeur de thèse, donc oui je pense que je suis investi oui. J'ai fait grandir la maison médicale, et il y a quand même un interne qui s'est installé avec nous, une interne donc voilà, mais ça me fait plaisir je ne le fais pas pour la gloriole !</p>
<p><i>D'accord, c'est-à-dire le réseau professionnel c'est d'autres spécialistes ?</i></p>	<p><i>D'accord. Est-ce que tu avais, pareil, dans la formation initiale ou maintenant, des activités associatives syndicales, sportives...</i></p>	<p><i>En quoi penses-tu que tes relations puissent avoir, ou pas, un impact sur le choix des sources d'information médicales et sur ta pratique ? Est-ce que tu penses qu'elles ont un impact, et si oui lequel ?</i></p>
<p>Oui c'est ça, qui sont des potes : que ce soit X qui est de ma promo, Y, il est de ma promo aussi, voilà il y a toujours un spécialiste avec qui tu bosses un peu plus dans chaque spécialité qui te permet de pouvoir l'appeler si t'es emmerdé.</p>	<p>Pendant mes études j'étais à l'association des étudiants en médecine, j'en ai été président pendant un an, après dans le domaine de la santé, non j'avais pas de relation amicale ou quoi que ce soit, non.</p>	<p>Non ça n'a pas d'impact. Ça n'a pas d'impact parce qu'avec les spécialistes on ne fonctionne pas pareil : on a pas accès aux mêmes revues, le cardiologue il va te répondre avec la dernière étude qui est paru dans cardiology machintruc, ça ne vaut même pas le coup que tu y ailles, il y a beaucoup de lignes toi tu vas t'ennuyer ça n'a pas d'intérêt, l'intérêt c'est pas de connaître des trucs par cœur, que lui la connaisse c'est bien, que moi je ne la connaisse, bof, j'ai autre chose, j'ai trop de trucs à apprendre sinon.</p>
<p><i>Une sorte de référent ?</i></p>	<p><i>Et dans le développement professionnel continu, comment est-ce que tu qualifierais ton implication ? Tu as indiqué des revues tout à l'heure, est-ce que tu vas à des congrès, est-ce que tu as des DU est-ce qu'il y a...</i></p>	<p><i>Justement dans la façon d'intégrer des nouvelles données à ta pratique, ça fait une transition : comment est-ce que tu intègres l'information, les actualités justement, par exemple les études dont il va t'avoir parlé et les nouvelles recommandations, dans ta pratique ?</i></p>
<p>Plutôt un correspondant privilégié. Alors il y en a c'est par téléphone, X c'est par texto, Z c'est par mail et ça marche très bien. Il répond, et en plus c'est donnant-donnant, c'est-à-dire que j'essaie de faire en sorte que quand je le dérange, c'est pas pour un PSA à 6 pour un papy de 85 ans quoi. Nan là j'me démerde tout seul.</p>	<p>Alors j'ai fait un DIU d'ostéo, mais je ne m'en sers pas, car je pense que pour être un bon ostéo il ne faut faire que ça, mais j'ai appris beaucoup parce que en fait pour la petite histoire ma fille était sportive, elle avait été repérée au tennis on m'avait demandé de l'emmener voir un ostéo alors je l'avais emmenée, mais je ne comprenais pas ce qu'il faisait, alors je me suis dit tiens, je vais faire le DU d'ostéo pour comprendre ! Et sur le plan clinique c'est hyper intéressant, l'examen clinique, l'examen palpatoire c'est génial. Donc j'ai fait ça, je suis quand même MSU, je dirige des GAAP, là c'est en pause parce que je n'avais pas de SASPAS donc là je suis</p>	<p>Je les mets en place dans des prescriptions. Je change le mode de prescription, je fais évoluer les prescriptions. J'ai vu un article il y a</p>
<p><i>Et sur les relations amicales ? Tu as dit que c'était des relations professionnelles et que c'était aussi des amis, est-ce que tu dirais que ton cercle amical actuel est surtout en relation avec le secteur de la santé ou pas seulement ?</i></p>		

<p>pas très longtemps sur le facteur rhumatoïde, qui en fait ne sert à rien, maintenant on fait les anti-CCP qui sont bien plus performants, donc j'ai enlevé le facteur rhumatoïde de l'examen de recherche de profil inflammatoire, et j'ai remplacé par anti-CCP. Ça, c'est une lecture que j'ai fait tout seul.</p>	<p>c'est tout, alors que ça aurait été assez simple si on avait creusé un peu plus mais ça demande beaucoup de temps, beaucoup de disponibilité, c'est pas toujours facile. Là tu apprends de tes défauts en fait, plutôt que de tes erreurs tu apprends de tes défauts.</p>	<p><i>D'accord donc si je comprends bien car c'était l'une des questions : par principe il n'y a pas certaines sources que tu vas retenir systématiquement, ou écarter systématiquement ?</i></p>
<p><i>Dans quelle revue, Exercer ?</i></p>	<p><i>Concernant la confiance que tu accordes aux différentes sources. Tu disais tout à l'heure, enfin j'ai cru comprendre que tu disais que toutes les sources, enfin qu'il fallait aller chercher l'information partout où il y en avait ?</i></p>	<p>Non <i>D'accord.</i></p>
<p>Ben sur... alors non, c'était pas dans Exercer, je cherchais un truc sur un syndrome inflammatoire avec des manifestations cliniques, mais je n'arrivais pas à trouver, et je suis tombé sur un article sur le facteur rhumatoïde.</p>	<p>Ouais.</p>	<p>Les sources elles sont très nombreuses quand même, enfin la revue Prescrire et la revue du Prat celles-là j'ai tendance à les regarder je trouve que la revue du Prat est très bien elle est très complète. La revue Prescrire c'est compliqué parce qu'il faut quand même être armé pour arriver à la lire, il y a des endroits où il faut aller mais bon pas partout, moi j'arrive pas. Toi tu y arrives je pense. Tu la lis pas ?</p>
<p><i>Et c'était un article brut ?</i></p>	<p><i>Et comment est-ce que tu sélectionnes les sources qui sont susceptibles de modifier ta pratique, surtout par exemple s'il y en a deux qui disent deux choses différentes : comment est-ce que tu vas choisir l'une plutôt que l'autre ?</i></p>	<p><i>Si mais...</i> Ah oui, là tu ne parles pas de toi c'est ça ?</p>
<p>Ouais c'était un article sur le facteur rhumatoïde, les interprétations, valeurs diagnostiques ou un truc comme ça. Et comme j'en prescrivais, j'ai voulu lire, et en fait j'ai arrêté d'en prescrire. Ça, ça fait partie des choses, si on te le dit pas tu ne sais pas.</p>	<p>Alors je trouve que ce n'est pas très fréquent qu'il y en ait deux qui disent des choses différentes et puis déjà, je ne crois pas que je vais chercher deux fois l'information, et une fois de plus je fais de la médecine générale : on va pas suffisamment loin pour avoir une double version. Si tu veux aller chercher la coenzyme de la coenzyme de la coenzyme c'est sûr qu'à un moment tu vas avoir des versions différentes, mais c'est pas mon métier, ça un néphrologue c'est clair que, on a des formations différentes, et oui moi je ne crois pas, pour les médicaments je connais le principe, mais je ne vais pas dans les détails.</p>	<p><i>C'est ça. Et là, est-ce qu'il y a selon toi des critères de confiance ou justement de méfiance envers les données médicales ou leurs intermédiaires ? Car il y a des données, mais ensuite il y a peut-être des intermédiaires...</i></p>
<p><i>Est-ce qu'il y a des événements, et si oui lesquels, qui sont plus susceptibles de faire évoluer ta pratique, en termes de thérapeutique surtout ?</i></p>		<p>Non j'ai pas de... attention c'est pas quelque chose que j'utilise tous les jours non plus, j'ai quand même un petit peu de recul. Les recherches sur Internet c'est pas hyper fréquent, et puis surtout c'est ciblé sur un cas mais... je n'ai pas de stats mais c'est pas plus d'une fois par mois, c'est pas tous les jours parce que je n'en suis plus à ce stade-là, et puis l'avantage</p>

<p>maintenant c'est qu'on est un pôle de santé, on est quatre. Il y a une voie dont on a pas parlé, mais c'est les Post-it entre les quatre toubibs, parce que avec Weda ça marche super bien et souvent c'est la première source, c'est-à-dire eh bien parce que j'interroge mes collègues sur le logiciel médical. Tu connais ? En fait tu peux envoyer un petit post-it aux trois autres et dans l'immédiat il te réponde s'ils peuvent.</p>	<p><i>mesure tu penses qu'ils viennent changer tes pratiques ?</i></p>	<p>de la direction générale de la santé et ils nous en parlent comme s'il était en vente depuis déjà 3 mois ! Donc ils posent des questions, mais je dis « non je n'ai rien reçu d'officiel, donc je ne sais rien » et c'est toujours comme ça. Alors le mail il est peut-être arrivé depuis, car je suis en vacances, mais non je ne pense pas.</p>
<p><i>Instantanément pendant la consultation ?</i></p>	<p>Alors oui, je pense qu'ils influencent les pratiques sur certaines prescriptions. Le nombre de comprimés, tu en as qui sont adhérents, tu en as qui ne sont pas très observants sur le mode de prise, enfin la fréquence des prises, tu en as qu'il faut droguer pour qu'ils prennent tout le matin parce qu'il faut qu'ils prennent tout en une fois ; sur l'envie d'être pris en charge, parce que tu as des patients, bah voilà, discuter d'un cholestérol, un LDL à 1,90 chez un mec dont l'objectif est à 1,70 si tu as un patient qui est sérieux tu peux le faire, si tu sais que le patient, à peine sorti de chez toi il va bouffer un pain au chocolat avec un sandwich à la rilette, bon ben tu vas le laisser avec son 1,90 et puis voilà. Oui, c'est plus l'attitude du patient.</p>	<p><i>Est-ce que tu as des choses à rajouter sur cette thématique ?</i></p>
<p>Oui c'est une messagerie quasi instantanée.</p>	<p><i>Comment tu penses, pour terminer, que les patients perçoivent les différentes sources d'information des médecins ?</i></p>	<p>Non non c'est bien, c'est pas un sujet facile parce que tu vas avoir, je pense, des anciens toubibs dont je fais partie, et puis les nouveaux qui fonctionnent, je pense que ça ne sera pas tout à fait pareil, vous avez plus de sources, vous êtes plus habitués à aller rechercher sur Internet que nous.</p>
<p><i>Donc ça peut influencer ta prescription ?</i></p>	<p>Je crois qu'ils ne s'en occupent pas, ils ne s'inquiètent pas de savoir, ils ne savent pas qu'on fait du boulot derrière pour rechercher, ils pensent qu'on sait tout, ils sont persuadés qu'on sait tout. L'exemple là c'est la crise, ce qu'on est en train de vivre : ils arrivent le matin, un journaliste a annoncé un truc la veille au soir, on a toujours pas d'information sur le Johnson & Johnson, on a toujours pas reçu la fiche</p>	<p><i>Tu te considères comme un ancien toubib ?</i></p>
<p>Ouais ouais, alors c'est rarement des questions, ce n'est pas forcément des questions très très poussées mais avec le covid par exemple il y a plein de questions. Par exemple « est-ce qu'on arrête toujours les femmes enceintes au troisième trimestre » c'est la dernière question que j'ai posée à Florie, qui est enceinte je pensais qu'elle savait elle m'a dit « bah non c'est plus obligatoire » et elle a raison. Voilà tu vois c'est quand même pratique. L'exercice seul est un exercice qui au total est un peu compliqué.</p>	<p>Je me suis installé en 1996, ça fait 25 ans, j'ai fait plus de la moitié de ma carrière, je suis désolé c'est gentil mais oui, dans 10 ans je suis à la retraite : je pars en 2030 !</p>	
<p><i>Et pour terminer, concernant les attentes des patients, à ton avis quelle place occupe l'avis des patients dans les choix thérapeutiques et dans quelle</i></p>	<p><i>Dit comme ça...</i></p> <p>Donc oui je ne suis pas un vieux toubib, mais je commence à rentrer dans les vieux toubibs.</p>	
<p><i>Et pour terminer, concernant les attentes des patients, à ton avis quelle place occupe l'avis des patients dans les choix thérapeutiques et dans quelle</i></p>	<p><i>Eh bien merci beaucoup !</i></p> <p>Je t'en prie !</p>	

8.5. Verbatim 2

Médecin proche de la retraite

<p><i>Alors, premièrement, peux-tu raconter une situation clinique pour laquelle tu as dû te renseigner avant, pendant ou après, pour prescrire une thérapie ?</i></p>	<p>foyers infectieux, mais bon, rien d'abcédé.</p>	<p>Ce ne sont pas des oracles, ce sont des fils conducteurs.</p>
<p>Alors euh, en cherchant on devrait trouver ! A brûle pourpoint c'est un peu compliqué ! Alors bon, la plupart du temps je dirais, c'est lors d'une situation clinique relativement simple, que se pose le problème thérapeutique, et je dirais que concernant l'antibiothérapie, ça m'arrive quand même assez fréquemment, face à des infections diverses, des germes un peu atypiques ou un peu inhabituels, et c'est vrai qu'effectivement, là ça m'arrive de chercher, car je n'ai pas les données, pas l'habitude.</p>	<p><i>Donc c'est la clinique qui t'a fait trancher ? Tu n'as pas regardé d'autres sources ?</i></p>	<p><i>Donc tu penses qu'on peut dire que tu pondères notamment les sources d'information avec ton expérience et ta clinique ?</i></p>
<p><i>Est-ce que tu as une situation spécifiquement, qui te revient à l'esprit</i></p>	<p>Non je n'ai pas regardé d'autres sources, comme la clinique était concordante avec la durée minimale de traitement, on a arrêté en considérant qu'il n'était pas utile de remettre en cause la durée de traitement.</p>	<p>Voilà. <i>Rarement avec d'autres sources ?</i></p>
<p>Une particulièrement, écoute non, c'est vrai que j'ai du mal à fixer, je vois effectivement une situation, euh, alors attends c'est euh... Là ce matin on s'est posé la question par rapport à une pyélonéphrite, plus précisément sur la durée de traitement, et notamment sur la source qu'on a utilisée, sur internet, la durée de traitement était relativement je dirais, nébuleuse, dans le sens où elle allait de 7 à 14 jours, sans faire état des critères décisionnels pour savoir si c'était 7 ou 14, donc c'est ça qui était difficile, comme elle était apyrétique au bout de 7 jours, on a considéré qu'on pouvait en rester là, surtout qu'on a vu que les imageries montraient quelques</p>	<p><i>OK. Donc de base, c'était quelle source ?</i></p>	<p>Alors ça peut arriver, que j'aie sur différents sites pour voir, s'il y a des situations cliniques complexes qui dépassent mes compétences. Dans ces cas-là, plutôt que de m'appuyer sur des sources informatiques, j'aurais plutôt tendance à adresser le patient à un spécialiste pour avoir son avis.</p>
<p><i>D'accord.</i></p>	<p>C'était Antibioclic.</p>	<p><i>OK, donc tu fais aussi appel aux autres spécialistes, tu vas aussi souvent sur internet...</i></p>
<p>Les critiquer éventuellement oui, de toute façon, la fiabilité n'est pas toujours là. Est-ce que je prends d'autres sources vis-à-vis des antibiotiques, je dirais que je me sers aussi de mes acquis, je trouve que certaines attitudes me paraissent un peu limites, ou légères, je dirais que comme toute source informatique je pense qu'il ne faut pas les prendre stricto-sensu, par exemple, entre 7 et 14 tu dois le pondérer ! Donc là on a pondéré avec la clinique, comme elle allait bien, elle était apyrétique, donc voilà. Une source doit toujours être pondérée, soit avec des acquis soit avec une autre, mais il faut toujours l'adapter.</p>	<p><i>D'accord. Est-ce que les premières sources que tu vas utiliser de manière générale sont des sources que tu vas te permettre de critiquer, ou est-ce que tu t'arrêtes souvent sur la première ?</i></p>	<p>Alors, moi les spés, c'est surtout des contacts directs, je le contacte par téléphone ou internet, mais en tout cas un contact direct avec des gens que je connais, pas de contact avec un spé que je ne connais pas, ça non. C'est peut-être lié à mon âge, mais j'ai besoin de connaître physiquement la personne, savoir ce qu'elle vaut, pour m'en servir de référence.</p>
<p><i>D'accord.</i></p>	<p><i>D'accord.</i></p>	<p><i>D'accord. Est-ce que ça t'arrive d'avoir parfois des sources différentes, contradictoires, et dans ces cas-là, comment...</i></p>
<p><i>D'accord.</i></p>	<p><i>D'accord.</i></p>	<p>Alors oui, comment faire son choix dans ces cas-là c'est un peu complexe, pas toujours évident, et ça peut arriver</p>

que des sources donnent des attitudes différentes à adopter et dans ces cas-là le choix est un peu complexe.

As-tu un exemple en tête ?

Alors ça par contre... Comme ça non, je n'arriverai pas à en trouver un.

D'accord. Je vais te proposer un cas clinique très caricatural :

[Lecture du cas clinique]

J'aurais tendance à plus me reporter sur l'avis des experts. Mais c'est une tendance. Je ne suis pas hermétique loin s'en faut aux avis de mes confrères ou à ceux des publications indépendantes. Si je sens une divergence dans les avis d'experts, ça m'interpelle un peu, je me dis qu'il y a peut-être anguille sous roche.

Tu as des exemples d'avis divergents ?

Euh, non, pas trop, je n'ai pas trop l'impression qu'il y en ait tant que ça. Je pense que les divergences concernent souvent des molécules plus ou moins anciennes, plus ou moins modernes, avec effectivement à mon sens des problématiques plus économiques que thérapeutiques. Mais en dehors de ça, je n'ai pas l'impression qu'il y ait tant de divergences que ça. Souvent, les recommandations sont souvent précises, ciblées, c'est souvent les moyens d'aboutir à ces recommandations qui parfois divergent un peu. Donc c'est une affaire de choix mais quant au respect du bien-être du patient, on ne va pas nécessairement le

mettre en danger. Souvent, les choix sont souvent une affaire de confiance, mais je n'ai pas l'impression qu'il y ait de différence sensible.

Tu as mentionné les molécules nouvelles, des facteurs économiques, c'est-à-dire ?

C'est tout le paradoxe de la médecine : on a besoin de ces molécules nouvelles, qui peuvent probablement nous apporter quelque chose donc il faut bien les tester, à grande échelle, nécessairement, car les tests en laboratoire sont limités en termes de nombre, on a toujours un peu peur de les utiliser et de découvrir des effets secondaires, ou une efficacité moindre que celui promis, mais il faut quand même les tester. Car si on veut être très sécuritaires et n'utiliser que des molécules anciennes, certes on va prendre un minimum de risque car tout a été évalué, toutes les complications ont été décrites donc on est très sécurisés, par contre, il y a peut-être une petite perte de bénéfice pour le patient. L'autre risque c'est qu'on ne va pas favoriser l'émergence d'innovations nouvelles qui sont quand même souhaitables. Alors c'est vrai que c'est compliqué, pour un médecin de prendre le risque d'utiliser de nouvelles molécules, mais il faut quand même le prendre un peu.

OK. Tu parlais des spécialistes avec lesquels tu interagissais, en disant que tu avais besoin de les connaître un peu. Si ça ne t'embête pas, j'aimerais que tu parles de ton réseau socio-

professionnel, en partant de ta formation initiale. Est-ce que tu peux décrire ton implication dans tes relations socio-professionnelles, d'abord lors de ta formation initiale, puis de la formation continue ?

C'est un peu compliqué, car ma formation initiale n'a pas eu lieu dans la région donc mes contacts régionaux étaient quasiment nuls, à part quelques contacts sur le CHU que j'avais connu comme internes ou chefs de cliniques à Paris. Mais une fois nommé à Caen, je ne connaissais pas grand monde. Donc les relations professionnelles que j'ai tissées se sont tissées par le contact, par l'expérience de chacun, et le tri s'est plutôt fait par la déception que j'ai pu avoir de la part de certains professionnels qui ne m'ont pas apporté ce que j'aurais souhaité. Donc c'était un peu « basal » comme manière d'approcher les choses mais c'est vrai que je ne connaissais pas les gens, donc il a fallu que j'aie un peu au charbon. Mais très honnêtement, je dois avouer qu'on fait le tri assez rapidement entre les personnes chez qui on peut mettre sa confiance, celles qui on ne peut pas du tout. Attention, il ne faut pas être « ayatollesque » dans notre jugement vis-à-vis des autres, parce que l'erreur est totalement humaine et j'en commets comme tout un chacun, mais le cumul d'erreurs, non. La négligence non plus. Et tu fais rapidement le tri via tes contacts entre les gens très fiables et très professionnels et les autres qui le sont nettement moins. L'erreur non, tu n'as pas forcément tous les éléments

<p>pour la juger. L'erreur, c'est par exemple ne pas avoir mis suffisamment de moyens pour ne pas passer à côté du diagnostic adapté. Passer à côté n'est pas une erreur, mais ne pas avoir mis en œuvre les examens minimums pour faire un diagnostic précis et soigner la personne, si, on peut nous le reprocher. On n'a pas une obligation de résultats mais de moyens.</p>	<p>ait des domaines dans lesquels on ne s'y connaît pas, et on accepte volontiers de passer la main quand on ne sait pas, et ça c'est important.</p>	<p>mais là je butte, il y a quelque chose que je ne comprends pas et j'ai besoin de ton avis.</p>
<p><i>D'accord. Est-ce qu'on peut dire que c'est ton ressenti qui va te permettre de faire une sorte de tri entre les spécialistes de second recours ?</i></p>	<p><i>Est-ce que ton cercle amical actuel est surtout en relation avec le secteur de la santé ?</i></p>	<p><i>Donc pour toi la base de la relation est complètement professionnelle.</i></p>
<p>Alors mon ressenti oui, mais c'est quand même basé sur des situations cliniques précises et sur des réponses précises à ces situations cliniques. Je dirais même qu'un de mes éléments paradoxal de confiance dans un médecin notamment un spécialiste, c'est celui qui accepte de me dire qu'il ne sait pas. Ça j'aime beaucoup. Car je pense qu'il faut avoir extrêmement peur de tous les gens qui sont trop confiants. On a tous des limites dans nos connaissances, les spécialistes ont des préférences dans leur exercice, et des domaines de prédilection comme des domaines dans lesquels ils s'y connaissent moins bien, parfois moins bien que nous, car ils n'aiment pas. Et il faut juste accepter dire, « ça je ne connais pas trop, vas voir untel, lui il s'y connaît bien, il aime bien ça ». Ça te donne une crédibilité, car celui qui te dit « moi je sais tout faire », c'est pas possible. Nous en tant que généraliste, on a bien cette notion de fragilité, on connaît nos limites, on accepte qu'il y</p>	<p>En partie, mais pas du tout exclusivement, non.</p>	<p>Oui, totalement.</p>
	<p><i>Est-ce que les spécialistes de second recours dont tu parles font partie, à force de contacts, de ton cercle d'amis ?</i></p>	<p><i>Donc pour toi, il n'y a pas vraiment ce qu'on pourrait appeler un « entre-soi », mais des relations professionnelles d'une part, et personnelles de l'autre ?</i></p>
	<p>Pas nécessairement. Ça a été le cas pour certains, mais actuellement, non.</p>	<p>Ah oui totalement. Pas de confusion.</p>
	<p><i>Est-ce que tu penses qu'il y a une proximité affective entre toi et ces personnes que tu as l'habitude de solliciter, est-ce que tu as l'impression qu'il faille que le courant passe bien ?</i></p>	<p><i>C'est même un gage de confiance ?</i></p>
	<p>Probablement un petit peu, j'essaie de cultiver plutôt la confiance réciproque, en sachant que tu ne leur envoies pas n'importe qui pour n'importe quoi, tu fouilles le terrain avant d'envoyer le patient. Tu ne leur envoies pas un patient tout nu pour tout et n'importe quoi sans t'être posé des questions avant, tu as bien débrouillé le terrain, et tu poses une question spécifique. Et ça je pense que ça améliore nettement la relation. Je ne t'envoie pas M. Tartempion, car il a mal au bide, non, j'ai fait des examens, éliminé un tas de choses, et je suis ennuyé, car je bute un peu, mais j'ai quand même fait des recherches, j'ai essayé de progresser</p>	<p>Ah oui, complètement.</p>
		<p><i>Est-ce que tu as ou as eu des activités parallèles, associatives, syndicales, politiques ?</i></p>
		<p>Non, jamais.</p>
		<p><i>Comment définirais-tu ton implication dans le développement professionnel continu ? Est-ce que tu lis des revues, est-ce que tu vas à des formations, est-ce que tu reçois la visite médicale... ?</i></p>
		<p>Disons que mon implication est fléchissante ! C'est sûrement lié à mon âge. Je lis quand même, un certain nombre de revues, je reçois la visite médicale notamment pour entendre parler des nouvelles avancées thérapeutiques, je ne dis pas que je les utilise nécessairement mais au moins je me tiens au courant de ce qui se passe. Pour les congrès c'est vrai que là ça fait un petit moment que je n'y ai pas été, pareil en termes de formation médicale</p>

continue, je ne me souviens plus de la dernière chose que j'ai fait, mais j'en ai fait quelques-unes. Je me posais la question de reprendre des formations. Je ne suis pas allergique aux nouvelles modalités, mais je valide surtout des choses en présentiel, tu as besoin de ça pour échanger. Même quand il y a des visioconférences, c'est un peu endormant, tu n'interviens pas de la même manière. C'est peut-être utile pour les gens timides ? Moi je n'ai pas de problème pour intervenir, et j'aime aussi beaucoup voir les réactions des autres.

Donc c'est un peu le contexte de la pandémie qui t'a fait ralentir ?

Oui, car c'est vrai que j'aimais bien aller assez régulièrement, pas forcément sur des choses très scientifiques, sur des avancées, mais plus sur de la mise à jour sur des sujets « basiques », car je pense que comme dans tous les domaines, en médecine, on vieillit, et quand la science avance il faut la suivre.

Donc pour toi le fait d'être proche de la retraite, ce n'est pas forcément un gage d'expérience et de connaissance...

Si ! Mais ce n'est pas suffisant. La médecine évolue, maintenant on dit parfois le contraire de ce qu'on disait il y a 30 ans, donc on ne peut pas se figer. Si tu te figes, tu deviens un vieux médecin, avec des vieilles techniques, qui ne sont pas au goût du jour, donc il faut évoluer, c'est compliqué mais c'est

aussi passionnant, cette évolution permanente.

Tu as dit que tu étais abonné à des revues...

« Abonné », non, pas vraiment, je reçois le Quotidien du Médecin, la Revue du Praticien, ça m'arrive de lire Prescrire de temps en temps, je reçois un certain nombre de publications...

Et la visite médicale dont on a parlé, c'est à peu près à quelle fréquence ?

Je reçois grosso modo deux labos par semaine. Je trouve ça intéressant, mais encore une fois c'est à prendre avec toute la circonspection nécessaire : ce sont des marchands, ils vendent leurs produits, mais ce sont aussi eux qui financent la recherche. Certaines choses n'ont aucun intérêt, par exemple, la énième molécule de la classe, bof. Par contre, certaines vont éveiller ton intérêt, donc ça peut-être intéressant pour se tenir au courant. Dans les revus, on peut voir aussi cette évolution, mais dans les revues t'as des tas de publicité, faut choper la bonne, donc finalement quand je lis une revue, j'avoue que je ne lis pas les encarts publicitaires. Mais quand tu es avec quelqu'un en présentiel, tu fais très vite le tri, entre celui qui va te reparler une énième fois de la même molécule pour en vanter ses mérites, et celui qui te présente une nouvelle molécule vraiment différente avec une possible avancée thérapeutique. Je me rends compte face aux gens, certains parlent et tu oublies tout car ils te sèment à la

moitié, mais pour d'autres c'est plus intéressant, tu poses des questions.

Et donc pour toi c'est une part de ta formation sur certains sujets ?

Oui, ça propose des choses parfois intéressantes, pas forcément axées sur la molécule. Par exemple, même les labos proposent parfois des services intéressants comme des sites d'information qui ne sont pas axés sur leurs produits, mais qui sont des sources d'information si tu te poses des questions sur le diagnostic ou autre.

Tu les utilises ?

Alors oui parfois, mais c'est souvent assez complexe mais ça peut être pas mal. Tu peux poser des questions à des spécialistes et c'est intéressant.

D'accord, donc ça t'arrive d'utiliser ces sites, et de les utiliser ensuite pour changer ta pratique ?

En tout cas pour me faire une idée. Si tu envoies à un spécialiste et que tu as un doute, tu peux mixer un peu les deux, tu te dis c'est bizarre, les avis sont divergents...

Et qu'est-ce qui va faire que tu vas utiliser cette source-là ?

Parce que justement, quand un avis ou une attitude m'apparaît douteuse, je n'ai pas envie d'envoyer chez un autre spécialiste, ça m'étonne un peu donc ça me permet de réactualiser un peu mes connaissances, ça me rassure si j'ai un doute sur un spécialiste ou une attitude quand j'aurais spontanément fait

<p>autrement. Est-ce que c'est validé, habituel, ou non.</p>	<p>forcer la main pour prescrire un truc, il est évident que c'est pas fiable. Mais</p>	<p>rédhibitoires à l'utilisation d'un produit.</p>
<p><i>Tu disais pourtant tout à l'heure qu'il te fallait plutôt du présentiel pour juger de la qualité de ton interlocuteur ?</i></p>	<p>quand il s'agit d'un avis thérapeutique, chirurgical ou autre, quand ils n'ont pas</p>	<p><i>Est-ce que tu vas en utiliser un autre ?</i></p>
<p>Oui, oui, mais bon [rires] mais il y a malheureusement certains spécialistes que je ne connais que de manière épistolaire !</p>	<p>d'intérêt direct, qu'ils ne vendent pas de matériel ou autre... Si tu veux par</p>	<p>Pas forcément. Tout dépend de la fréquence d'apparition, de la sévérité</p>
<p><i>Donc c'est un moyen d'ouvrir un peu tes possibilités ?</i></p>	<p>contre un avis plus général sur l'utilisation de telle ou telle molécule, là par contre ce n'est pas sur un site</p>	<p>de l'attente, de la possibilité de le détecter... si tu as par exemple des</p>
<p>Voilà, ici on est quand même un peu limités, pas de neurochirurgie par exemple, on est limités en termes d'endocrinologie, de diabétologie, donc il y a plein de domaines pour lesquels on est obligés d'avoir des correspondants extérieurs, par courriers ou autres.</p>	<p>comme ça que je vais le prendre ça ne me paraît pas très fiable. Là où il y a un biais d'information qui me paraît quand même à éviter !</p>	<p>effets indésirables contrôlables, détectables, ça ne changera pas forcément mon approche thérapeutique, mais je mettrai des gardes fous avec</p>
<p><i>Et le fait qu'ils soient répertoriés sur internet, sur des sites qui sont mis en place par l'industrie, est-ce que ça va te donner plus de confiance ou au contraire plus de méfiance ?</i></p>	<p><i>Justement, comment vas-tu ensuite intégrer les données de ces différentes sources à ta pratique ?</i></p>	<p>par exemple des surveillances biologiques plus fréquentes. Mais si jamais ce sont des effets graves, ou difficilement contrôlables ou qui semblent se multiplier, là c'est <i>niet</i>, là je pense que le bénéfice risque n'est plus valable.</p>
<p>Ah non ! Pas plus de confiance, c'est plus quand je recherche une guideline, si ça confirme mon attitude je me dis que c'est bon, mais sinon, en dehors de spécialistes que je connais parfaitement et en qui j'ai une confiance presque aveugle, je dirais que toutes les sources sont critiquables et à prendre avec circonspection. Le fait que ce soit alimenté par l'industrie ne me met pas forcément en garde, mais si c'est alimenté par l'industrie et que tu vois d'une manière claire qu'on veut te</p>	<p>Ce sont souvent sur les avis des spécialistes, qui font eux-mêmes appel à certaines études, en se disant qu'il faut justement s'y référer. C'est vrai que j'ai tendance à demander beaucoup leurs avis pour changer les choses.</p>	<p><i>Donc ton expérience personnelle, au-delà des statistiques...</i></p>
	<p><i>En sous-entendant qu'eux même sont un intermédiaire entre les données brutes de la science, et la pratique de la médecine générale ?</i></p>	<p>Ah oui, même si statistiquement les choses ne posent pas de problèmes, si toi tu es exposé aux effets de certains traitements, humainement, tu vas avoir des doutes. On ne peut pas faire autrement, même si ce n'est pas validé scientifiquement, car le panel que toi tu observes est nécessairement étroit, si tu as deux trois effets extrêmement graves avec une molécule, tu n'attends même pas les trois. Au premier tu commences à serrer les fesses, si jamais tu as l'impression qu'il y en a un qui est susceptible de mal évoluer c'est terminé. C'est peut-être dommage, mais humainement parlant, ça me paraît difficile de faire autrement. Actuellement on voit ce qui se passe avec la vaccination [contre le SARS-</p>

CoV-2]. Est-ce qu'un médecin qui a un patient qui est mort avec le vaccin d'ASTRAZENECA continue à vacciner avec ce vaccin ? Probablement pas. Il a tort, mais humainement parlant, il ne peut pas le faire. Ce n'est pas scientifiquement validé, mais humainement parlant tu ne peux pas continuer à vacciner en te disant que tu as tué quelqu'un. Il doit avoir une culpabilité énorme, même s'il ne devrait pas se sentir coupable il l'éprouve sûrement, et je pense qu'il est incapable de continuer. C'est un peu le problème de la médecine dans ses définitions, c'est qu'on exerce une discipline scientifique, mais qui a trait à l'humain, et que l'on ne peut pas dissocier les deux. L'humain est omniprésent et Dieu merci, mais malheureusement il impacte parfois notre exercice : si tu as une mauvaise expérience, tu ne vas certainement pas essayer de la répéter.

Pour en revenir à la comparaison des sources : est-ce que tu penses que la façon de les comparer varie avec l'âge des médecins, et pourquoi ?

Sûrement, car il y a d'abord certainement un biais éducatif, on n'a pas reçu tous la même éducation médicale. Vous êtes une génération qu'on a mis en garde contre les labos, etc, avec raison, car on ne nous y avait probablement pas mis suffisamment en garde. Peut-être que la bonne attitude se situe entre les deux ? Et quant aux supports informatifs, ils ont terriblement changé. Il y a maintenant X types de supports, il me paraît par

exemple hautement improbable de demander à ta génération de s'informer par un biais autre qu'informatique. C'est certainement la partie majeure de la source informatique. Vous faites ensuite le tri, mais le support est déjà spécifique. Nous, on va être un peu plus à l'aise avec la lecture d'une revue.

C'est une bonne, une mauvaise chose ?

Difficile à dire, mais je pense que le support informatique est nettement supérieur au support papier. Par contre, il y a un mode d'emploi que nous n'avons pas forcément. C'est vrai que rechercher dans un menu déroulant, pour vous c'est très intuitif et très facile, pour nous c'est très compliqué, on a parfois l'impression de se perdre, de renâcler, on n'avance pas, on n'y arrive pas, et finalement là où on devrait gagner du temps, on en perd. Et c'est ça qui est difficile pour ma génération, mais c'est sans doute un peu normal. Mais à l'évidence, il y a des sites comme, par exemple, Antibiocliv qui sont assez pratiques. Il est bien fait. Il y a aussi la problématique des logiciels médicaux, il y en a plusieurs, des vachement bien faits, et d'autres qui compliquent le boulot, alors que l'informatique pour moi n'est pas censé apporter de la complexité aux choses.

Et concernant la comparaison des sources ?

Alors la comparaison, via internet, est beaucoup plus simple. Tu as certains sites où tu peux directement comparer

les sources qui l'alimentent, certaines indépendantes, etc. C'est parfois aussi un peu compliqué : le gros problème dans l'information multiple, c'est qu'elle requiert pour l'analyser, une formation relativement importante. Est-ce que nous, généralistes, on a toutes les données pour faire le tri ? Si en comparant les données, tu as 5000 sources, toutes validées, comment faire ? Si toutes convergent vers le même point, il n'y a pas de problème, c'est vachement simple, tout le monde est d'accord donc moi je fais. Si des avis sont divergents, est-ce que tu as toi, la formation suffisante pour pouvoir faire ton choix ? Là c'est une histoire de formation face à la complexité. Il y a quelques spécialistes intelligents, qui reconnaissent que la médecine générale est la plus difficile des spécialités, car finalement on doit tout connaître un peu, mais tout connaître quand même. Dans certains cas, on se dit qu'on n'en sait pas assez, et dans ces cas-là, il faut avoir un correspondant spécialiste pour prendre la décision, mais il faut avoir entièrement confiance en lui.

Donc pour toi, si deux sources diffèrent de manière significative...

Il peut arriver que je ne me sente pas capable pour choisir entre l'une ou l'autre. Dans ce cas j'appelle le spécialiste. Mais ça dépend aussi du degré d'urgence, si le patient a besoin d'un traitement d'emblée je la traite, ce qui ne m'empêche pas de demander ensuite l'avis au spécialiste qui corrige le tir le cas échéant.

Par principe, il y a certaines sources que tu vas retenir ou écarter d'emblée ?

Je dirais non. Car les mauvaises sources ont le mérite d'être mauvaises, si tu les repères bien comme étant mauvaises, c'est pas inutile, car si elles le disent c'est probablement que c'est critiquable ! Rien n'est blanc ni noir, les mauvaises sources ont aussi leur intérêt si tu les identifies bien comme telles.

Donc tu as quand même bien une méfiance envers certaines, et une confiance envers d'autres ?

Oui... Est-ce que c'est la source en elle-même ou plutôt la personne qui écrit, l'article qui paraît... Dans chaque source il y a des articles, qui sont toujours un peu tendancieux.

Donc ce n'est pas une catégorie que tu vas d'emblée étiqueter...

Non c'est la manière dont sont présentées les choses. Quand tu lis un article, une revue de presse, tu le sens. Tu sens l'ouverture d'esprit, comme tu sens au contraire le type étriqué sûr de son fait. J'aime bien les gens qui ont l'esprit ouvert, qui vont proposer les alternatives en conclusion, etc. Tu sens qu'ils ne sont pas formatés et ne prêchent pas nécessairement pour leur paroisse mais essaient d'avoir une vue relativement large et éclairée en se disant qu'en médecine c'est relativement vrai : en médecine, même si au final tu dois prendre une décision, il y a très souvent des alternatives. S'il

est honnête, il va au minimum les évoquer, même s'il ne les choisit pas. S'il ne les évoque même pas, ça va me paraître surprenant. La médecine ce n'est pas une science exacte, il y a des diagnostics, des alternatives, des choses que tu dois écarter, et de même en thérapeutique, c'est exceptionnel qu'il n'y ait qu'une solution thérapeutique. Si jamais c'est trop figé sur une filière et rien que celle-là, c'est suspect.

Tu en as cité mais comme c'est le cœur de la question je vais te la reposer : quels sont selon toi les critères de confiance ou de méfiance envers les données médicales et leurs intermédiaires. Tu as cité l'humilité par exemple...

C'est difficile à dire, car je n'ai pas de critère absolu. Je ne vais pas te dire que le lien avec un labo, ou par exemple se présenter comme étant complètement indépendant... Nul d'entre nous n'est complètement inféodé à un truc, et nul d'entre nous n'est complètement indépendant. Nous sommes tous dépendants de nos gènes, de notre éducation, de notre entourage, et quand bien même on voudrait se sentir totalement indépendants et libres de toute influence, personne ne peut l'affirmer. Par contre, dans la formulation, on le suspecte facilement. On sent très bien dans la formulation des gens, dans leur manière de présenter les choses, qu'il y a plusieurs solutions, des portes ouvertes à d'autres solutions, et c'est là que tu sens la personne objective. Alors qu'effectivement, quand on dit « c'est

ça et pas autre chose, il n'y a qu'une technique c'est celle que je pratique », ce n'est pas crédible. S'il y a plusieurs techniques, il y a un pourcentage de réussite, des complications... Si une technique réussit à 100 % et une autre qui ne réussit qu'à 50 %, c'est surprenant que ceux qui pratiquent la 100 % persistent, quel est le con qui ferait ça ? Les choses ne sont pas crédibles, et tu fais vite le tri quand tu lis un article. Quand tu regardes sur certains sites, certains présentent les différentes options, et pas « pour tel truc c'est ça, et pas autre chose. Et de tel laboratoire, bien sûr, surtout ! ». Dans ce cas-là, tu sens assez facilement l'entourloupe.

Il y a une chose dont on n'a pas encore parlé c'est la vision des patients. Quelle place occupe l'avis des patients, vient-il changer tes pratiques et si oui dans quelle mesure ?

Alors oui, c'est vrai que c'est un peu anecdotique, mais c'est vrai qu'il peut influencer sur la thérapeutique. Il a parfois des a-priori sur une molécule, une voie d'administration, parfois un peu surprenant, car ils viennent de vieilles reminiscences de la supériorité de l'injectable comparée à la voie orale, qui est compliqué à faire avaler, mais je dirais que c'est plus certaines galéniques, ce genre de chose. Souvent je demande la galénique qu'ils préfèrent, ce qui est légitime, ce n'est pas moi qui les avale. S'ils ont une affection particulière pour les suppositoires je ne vois pas pourquoi ils n'en mettraient pas. Pour le choix de

la molécule, je ne pense pas que les patients interviennent comme ça, non, je ne pense pas. À part les patients extrêmement formés, qui vont dire qu'ils ont lu tel ou tel truc, ça arrive. Nous, on est plus souvent amenés à les rassurer, à essayer de banaliser l'impact, parce qu'on entend parfois certaines craintes, notamment par exemple toute la peur qu'il y a eu autour des statines, qui était relativement énorme. Les lanceurs d'alerte – par ailleurs un peu critiquables, car ils semblent avoir tout mélangé – avaient l'intérêt d'avoir soulevé un problème, car certaines personnes étaient peut-être traitées sans légitimité. C'est un peu surprenant mais certains médecins ont peut-être un peu sur-traité ça, mais on a des référentiels au niveau des pathologies cardio-vasculaires, qui mettent en avant l'intérêt de traiter certains patients, et la totale inutilité d'en traiter d'autres. On ne traite pas un taux de cholestérol, mais un cumul de facteurs de risques qui peut augmenter le risque. Si tu n'as pas ce facteur de risque, tu ne traites pas. Et il y a aussi le facteur assez critiquable, qui est de dire que quand tu avances en âge, tu dois maintenir certaines thérapeutiques. Ça arrive qu'on ne soit pas d'accord avec les spécialistes, dernièrement j'ai eu le cas d'une dame chez qui le cardiologue voulait absolument maintenir sa statine, elle a effectivement une cardiopathie hypertensive avec une fraction d'éjection un peu diminuée, elle a eu à 86 ans et je ne sais pas pourquoi, une scintigraphie myocardique sur laquelle

il n'y a rien, donc à priori ses coronaires sont relativement saines, elle était sous atorvastatine, je lui ai donc dit que le cardiologue ne voulait pas que je l'enlève, que je la laisserai donc sur l'ordonnance, mais qu'elle ne pourrait ne pas la prendre et ne pas le dire au cardiologue, mais moi je pense que ça n'a aucune utilité que vous le preniez ! Vous avez 86 ans, vos coronaires sont saines, moi à 86 ans des statines je n'en vois pas beaucoup ! Là en plus en prévention primaire, car sans coronaropathie. Les facteurs de risques étant l'âge, la cardiopathie hypertensive, certes, mais ça me paraît quand même léger, même si son taux de cholestérol est élevé, lui imposer de prendre une statine, ça me paraît... en prévention secondaire si elle avait été plus jeune, pourquoi pas, parce qu'il y aurait des bénéfiques, mais là il y a surtout des risques.

Il y avait donc des avis divergents, et là tu as pondéré avec...

Bah là, avec mon bon sens ! On a tendance à dire maintenant qu'à partir d'un certain âge... S'il n'y avait pas eu la scintigraphie on aurait pu se poser des questions, mais comme ils ont eu le culot d'en faire une, si tu veux, et qu'elle était normale, on arrête dans ce cas-là, il faut être cohérent, si on y va et qu'elle est normale, on arrête !

Je me permets de m'arrêter sur le cas des statines, car il y a justement des avis divergents. Tu m'arrêtes si je me trompe, mais les recommandations sont actuellement de traiter en fonction d'un

score, les patients en prévention primaire, alors que je crois que le bénéfice des statines en prévention primaire n'a il me semble pas encore été démontré...

Non pas encore en effet.

Et dans ce cas comment tu te situes dans cet exemple-là ? Les spécialistes de second recours ont plutôt tendance à dire qu'il faut en donner quand même en prévention primaire dans certains cas...

Là ça dépend du type de facteur de risque. En prévention primaire face à un diabétique, fumeur, avec des facteurs de risques objectivés... Parce que bon, l'âge, l'hypertension, sont pour moi des facteurs de risques un peu mineur, il ne faut pas exagérer, on ne fait quand même pas tous un infarctus parce qu'on a 80 balais. Certains facteurs de risques sont quand même lourdingues, et là j'aurais tendance à être ayatollesque, et plutôt les traiter. Parce que par « tabagique » j'entends pas le mec qui fume une clope par jour, mais ceux qui fument un à deux paquets par jour, au-delà de 50 ans, là, tu as quand même un bon candidat à l'infarctus. La différence, avec celui qui est hypertendu et qui a 50 ans, ça paraît beaucoup plus léger comme risque, c'est pas comparable.

Donc tu ne vas pas forcément regarder un score, et rentrer ton patient dans le score...

Pas forcément, à moins qu'il ait un LDL à 2,10 grammes avec un HDL à

0,20, là c'est peut être un peu dangereux, mais je pense qu'il faut pondérer, et que c'est un peu l'âme de la médecine que de pondérer. On nous donne des guidelines auxquelles il faut se référer, et non se conformer. Il y a une grosse différence, il y a des choses desquelles il faut s'inspirer, mais avec un esprit critique. Si les référentiels suffisaient, il suffirait de mettre le patient dans un ordinateur, qu'il puisse te le découper le patient en tranches, puis te dire qu'il faut faire telle et telle chose. Alors que non, c'est une science inexacte, et doit être adaptée et adaptative, on ne fait pas n'importe quoi.

Concernant les patients toujours, comment penses-tu qu'ils perçoivent les différentes sources d'information des médecins ?

Alors là je n'en ai aucune idée mon grand. Je ne sais pas du tout. Je n'en parle pas avec eux. Je ne sais pas. Je ne saurais même pas dire s'ils se posent la question. Se posent-ils la question de l'entretien de la connaissance, je ne sais pas.

Et justement, est-ce que cette perception qu'ils ont de ton

investissement dans le développement personnel continu peut t'encourager ou te décourager ?

Non je pense que ça n'a pas d'influence. Je pense que la nécessité de formation et d'actualisation de ta formation vient naturellement, il faut que je me forme, bien sûr, ça me paraît nécessaire de le gérer de manière autonome peu importe l'avis des patients.

Est-ce que tu as des choses à rajouter sur ce sujet ?

Je pense qu'on a fait le tour. C'est important que tu aies l'avis de médecins qui ont des années d'exercice, mais aussi celui de tes alter-ego, dont l'avis sera différent, car vous aurez un abord des sources informatiques qui sera différent, le goût de telle ou telle source d'information, vis-à-vis des mises en gardes qu'on a pu vous asséner alors que pour nous ça n'existait pas, où tu t'informais en achetant des bouquins que l'on considérait tous comme étant des oracles, ce qui n'était certainement pas totalement faux, car ce n'est pas par ce que c'est un bouquin que ce n'est pas bien ! Les choses ont beaucoup évolué,

et ça serait sympa d'avoir l'avis de toutes les générations, sachant qu'aucune ne détient la vérité ! Et ce qui serait amusant, car ce sujet est passionnant, ce qui serait extrêmement intéressant, ce serait de solliciter les mêmes interlocuteurs, qu'ils soient répertoriés et identifiables, pour que dans dix ans, un nouvel interne refasse éventuellement le même type de thèse avec les mêmes interlocuteurs, puis dans 20 et 30 ans. Voir l'évolution serait extrêmement intéressant, avec un laps de temps suffisant pour que l'avis des gens puisse se modifier aussi. Est-ce que l'intérêt s'émousse, se maintient, les gens changent-ils d'avis sur leurs manières de s'informer ? Ça serait assez intéressant de suggérer ça à quelqu'un ça aurait de l'intérêt.

Donc tu te mets une alarme pour mon successeur dans 10 ans ?

Ah oui, si je n'ai pas une maladie d'Alzheimer d'ici là, je pense que ça m'intéresserait !

Merci beaucoup !

Je t'en prie.

8.6. Verbatim 3

Jeune médecin universitaire

Peux-tu raconter une situation clinique pendant laquelle tu as dû te renseigner, avant ou pendant la consultation, avant de prescrire une thérapeutique ?

Alors, oui, par exemple hier, où j'ai voulu prescrire de l'ibuprofène à une femme qui avait des céphalées connues et identifiées comme des migraines, et elle ne prenait habituellement que du

paracétamol codéiné, qu'elle n'avait plus avec elle, et on discutait avec elle des différentes options thérapeutiques qu'on pouvait lui proposer, et en fait est arrivé sur la table l'ibuprofène. À ce

moment-là elle nous a dit qu'elle était enceinte, et voulait savoir ce qu'elle pouvait prendre pendant cette grossesse. On a donc regardé ensemble Le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes), que moi j'aime beaucoup montrer aux patientes, pour vérifier ensemble ce qu'on pouvait prescrire au premier trimestre de la grossesse.

Donc la source que tu as utilisée était le CRAT, sur internet, tu as l'habitude de l'utiliser ? Et sinon dans d'autres situations, quels sont les supports que tu as le plus l'habitude d'utiliser de manière plus générale ?

Alors c'est vrai que le CRAT je l'utilise beaucoup car c'est une source que j'identifie comme étant fiable, et aussi parce que c'est bien écrit pour les patientes, car c'est aussi à leur destination, donc je le note souvent sur les ordonnances, en leur demandant de vérifier, quand elles vont à la pharmacie, que ce qu'elles prennent est bien compatible avec la grossesse. Donc c'est vraiment quelque chose que j'utilise beaucoup. Après de manière plus large j'utilise beaucoup Antibioclic, parce que c'est mis à jour, on sait qui le fait, c'est fiable comme outil. Je n'hésite pas non plus, dans des situations assez particulières, à aller sur des fiches du Pilly par exemple, qui font des fiches assez pratiques pour l'orientation. Après, surtout pour la discussion avec les internes, j'utilise beaucoup Prescrire, mais je l'utilise moins quand je suis en consultation avec les patients. C'est plus pour aller

nourrir des RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique), ou vérifier l'état de l'art à un moment donné c'est assez intéressant. J'utilise aussi pas mal le Vidal, pas pour les indications mais pour les posologies. Je regarde les pharmacocinétique et pharmacodynamie, c'est quand même une source qui peut être utilisée pour aller creuser un peu les médicaments qu'on rencontre moins, pour savoir ce qu'il y a derrière. Sinon, haem... je crois que c'est à peu près tout. C'est vrai qu'à SOS Médecins, on fait beaucoup d'infectieux.

OK. Est-ce qu'on peut résumer ça en disant que pour chaque thème ou catégorie de situations, tu as une source identifiée que tu juges fiable ?

Alors, oui... même si on rencontre probablement moins certaines choses et je n'ai probablement pas autant de connaissances. Par exemple pour l'allaitement, c'est vrai que nous qui ne faisons pas de suivi, bien évidemment j'ai quelques bases, mais j'oriente souvent vers les personnes plus à même de gérer ces choses-là, à savoir sages-femmes ou médecins traitants.

OK. Tu disais tout à l'heure, en parlant des choix d'Antibioclic « on sait qui le fait », ça veut dire que tu peux identifier à chaque fois quelle est la personne ou le groupe de personnes qui a produit l'information ?

Alors oui, c'est un médecin généraliste qui l'a créé et qui continue de le sourcer, et c'est aussi il me semble soutenu par le CMG (Collège de

Médecine Générale), et on sait que la personne est connue, ce n'est pas une société qui est derrière ça, c'est ça que je veux dire. Et du coup on sait que ce ne sont pas des laboratoires derrière, ce qui est très important. Comme Prescrire : on sait, c'est de notoriété publique, comme le CRAT, que ce sont des choses de publiques ou indépendantes.

OK. Et de la même manière tu as cité beaucoup d'autres sources, notamment les référentiels des ECN, qui sont finalement les recommandations officielles. Elles ont une grande place dans ta pratique ?

Ah oui quand même, je travaille souvent avec des étudiants : je suis maître de stage, chef de clinique, avec des sixièmes années et des internes on discute beaucoup de ces recommandations-là, et bien évidemment on les adapte aussi beaucoup à notre pratique. Pour la grande majorité ces recommandations sont élaborées pour une pratique hospitalière, mais aussi pour un certain nombre, quoique pas toutes, issues d'études assez solides, donc ça me paraît primordial de les connaître, et puis de les discuter pour voir ce qui est adapté à la situation qui se présente.

D'accord. Si dans ces sources, par exemple le Pilly et Prescrire diffèrent sur un antibiotique ou une durée, comment vas tu trancher ? D'abord, est-ce que tu vas comparer différentes sources ?

Je dirais qu'en lisant régulièrement Prescrire, on a quand même des choses en tête, et on fait évoluer sa thérapeutique à mesure des choses qu'on lit. On va effectivement parfois confronter ça à d'autres sources qui ne sont pas nécessairement les mêmes, mais c'est souvent la situation présente qui va nous permettre de trancher. C'est difficile de répondre de manière générale sans un cas concret. Un cas pratique c'est l'infection urinaire de l'homme, où il y a plusieurs premières lignes, est-ce que le patient a déjà pris des quinolones dans l'année, évidemment la fonction rénale, les allergies... Le choix d'une thérapeutique est toujours multifactoriel. Il va se baser sur les recommandations mais aussi et surtout sur le patient. L'expérience rentre aussi en jeu : forcément, avec les années, on acquiert de l'expérience, et ça aide aussi, même si ce n'est pas aussi fort que les recommandations, à savoir ce qu'on peut utiliser comme thérapeutique, ou en tout cas ce qu'on peut proposer au patient.

OK. Deuxièmement, je vais te poser des questions un peu plus personnelles, pour voir si certains évènements dans ta formation ou dans tes relations ont favorisé certains choix dans ta pratique. Peux-tu me décrire ton implication dans ta formation et tes relations socio-professionnelles ?

Je suis arrivé en médecin générale mais ce n'était pas un choix de longue date. Si j'avais eu le classement je pense que j'aurais fait de l'orthopédie, mais ce

n'était pas par recul, pas du tout, j'étais content de faire ça, mais ce n'est pas ce que j'avais toujours voulu faire. Et très rapidement, lors de mon premier semestre, j'ai voulu avoir un engagement associatif que j'avais déjà quand j'étais externe, pas à la corpo mais dans d'autres associations, et le hasard a fait que je me suis retrouvé président des internes de médecine générale à Rennes en premier semestre, donc je me suis retrouvé très vite impliqué sur le plan associatif, mais aussi dans mes stages, car à chaque fois que j'allais en stage, forcément, j'avais cette étiquette qui m'a poursuivie pendant tout l'internat, et ça c'est quelque chose qui m'a apporté beaucoup de rigueur. Cette rigueur je ne l'avais pas quand j'étais externe, notamment, car l'externat n'est pas la partie des études que j'ai préférée, et cette rigueur m'a beaucoup aidé dans le soin. Là où maintenant je vois des étudiants de sixième année qui ont déjà fait beaucoup de connexions, je me rends compte que je ne les avais pas faites à l'externat, mais à l'internat, et cette rigueur m'a beaucoup aidé à faire le lien entre ce que j'avais appris pour l'ECN et la pratique courante. Et encore une fois, les différents engagements que j'ai eu au cours de l'internat m'ont pas mal aidé. Je ne sais pas si ça répond à la question ?

Si très bien, tu veux développer tes activités ? Ou on peut s'arrêter là si tu ne souhaites pas donner plus de détail.

Ah si, si, alors j'ai été président des internes au premier semestre, je suis

rapidement allé faire un Conseil d'Administration (CA) de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), j'ai fait le premier en avril donc du premier semestre, et je les ai tous fait pendant, disons, d'avril 2011 à juin 2014, pendant trois ans. Et pendant ce temps, à Rennes, je faisais aussi partie de commissions comme la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS) au niveau de l'Agence Régionale de Santé (ARS), et d'autres, où l'on pouvait discuter notamment de l'organisation des soins dans la région. La CSOS c'est là où l'on vote le budget pour installer une IRM, développer des projets de soins, voir entre la préfecture, l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour financer les pôles de santé. Ensuite la représentation des internes a continué, après dix-huit mois de CA de l'ISNAR-IMG, je suis entré au Bureau, j'ai fait trois mois dans un poste d'entrée, puis un an de porte-parolat, puis un an de présidence de l'ISNAR-IMG. C'est vraiment quelque chose qui m'a passionné. J'y ai trouvé une rigueur, on en parlait, mais plus que ça, je dirais même d'apprentissage en termes de débat démocratique. C'est vraiment basé sur le fait que tout le monde parle, et puisse avoir un temps de parole garantissant qu'il puisse s'exprimer librement, et ça j'y étais déjà attaché, mais j'y ai vraiment beaucoup trouvé de plaisir, c'est vraiment une forme de respect, que ce soit en CA ou en Bureau, c'est quelque chose qui me

plaisait énormément. Et la chance était d'arriver dans une structure reconnue : on arrivait dans un TGV lancé à 100 à l'heure, et ce n'était pas si difficile d'entrer dedans. Bien sûr, on fait partie des gens qui l'ont entretenu ce train, mais il y avait un tel passif que les portes étaient déjà ouvertes, que ce soit au ministère, dans les syndicats de seniors, au sénat, à l'Assemblée nationale, c'était vraiment très agréable, j'y ai vraiment appris beaucoup de choses. Ça m'a amené jusqu'à mon dernier semestre, car non, on ne peut pas être interne toute sa vie, il faut aussi avancer un peu.

Et est-ce que tu as, j'imagine, mais tu peux confirmer, des groupes d'amis qui se sont formés lors de ta formation médicale ou continue, est-ce que tu dirais que ton cercle amical actuel est plutôt en relation avec le secteur de la santé ou pas du tout ?

Oui.

Et est-ce que tu irais jusqu'à dire qu'il y a une proximité affective entre toi et les personnes que tu as l'habitude de solliciter, par exemple d'autres spécialistes de second recours pour t'aider dans la prise de décision, est-ce qu'ils font partie de ton cercle amical ?

Ah oui si, si, c'est vrai tu as raison, j'ai des copains qui se sont installés depuis. Quand j'ai un ami dans une spécialité, c'est d'abord vers lui que je vais me tourner.

D'accord, donc il y a une sorte d'« entre-soi » lié à la formation et au

réseau amical/professionnel qui s'est créé et qui permet d'avoir des sources que tu qualifierais de confiance ?

Ah oui, c'est clair que là, aujourd'hui, je peux citer l'orthopédie, l'ORL ou la psychiatrie, où j'ai trois de mes meilleurs amis, et l'avantage c'est que tu as accès à un avis très rapide, que je qualifie de fiable. Mais ça m'est aussi arrivé d'arrêter de demander des avis à des amis, pour lesquels je n'étais pas forcément d'accord. C'est compliqué quand tu demandes un avis à un ami avec lequel tu n'es pas d'accord. Il y en a d'autres où ce n'est pas à 100 % : j'ai pu le faire, et j'ai arrêté. Ce n'est pas une confiance complètement aveugle, quoi.

D'accord, et justement, comment as-tu jugé que leurs conseils n'étaient pas adaptés ? Qu'est-ce qui t'a permis de juger de la qualité de leurs conseils ?

Eh bien c'était peut-être des médecins très tournés vers le médicament à tout prix, et disons que... ce n'est pas facile à dire, mais bon... disons que pour une situation identique, ils n'auraient pas soigné le patient de la même manière que si c'était un parent. Certains vont faire des listes à chaque fois qu'un patient se présente pour une pathologie simple, ils vont prescrire trois tonnes de trucs, complètement hors des clous. On voit bien aujourd'hui, en lisant Prescrire, que par exemple pour un rhume, bon déjà il y a plusieurs manières de soigner un rhume, la meilleure étant de ne rien faire d'ailleurs, le rhume étant issu d'une

pathologie virale, il n'y a rien qui puisse le contrer donc il faut le laisser passer. Et quand tu vois des confrères qui vont te faire une page entière de médocs pour ça, bah moi je ne suis pas d'accord. Donc par exemple, quelqu'un qui ressort avec trois médicaments d'un premier rendez-vous pour syndrome dépressif, moi ça ne me convient pas. Ce n'est pas notre spécialité, mais même, on lit des choses, on se forme, et on a notre avis sur la thérapeutique nous aussi.

Et justement, est-ce que tu penses qu'en tant que généraliste, tu doives comparer voire critiquer les sources d'information ? Tu y as déjà un peu répondu...

Bah oui, c'est pas parce qu'on te dit que c'est la HAS qui a pondu ça, il faut aussi s'intéresser à la structuration de ces organismes. Parfois, leurs avis ne se basent pas sur des études mais seulement sur des avis d'expert, et alors le contenu scientifique qui justifie ces prises en charges, c'est simplement un groupe de médecins qui s'est réuni pour édicter une prise en charge. Donc bien sûr qu'il faut aller au-delà, regarder les sources. À chaque avis, les sources et niveaux de preuves sont mis et c'est extrêmement important. Mais ça c'est aussi dans la « culture Prescrire », Prescrire fait beaucoup ça. Prescrire critique beaucoup, et parfois ils vont comparer des prises en charge, et c'est intéressant dans cette démarche.

D'accord. C'est volontairement que je te pose la question, et je vais même aller encore un peu plus loin, parce que j'ai eu jusque-là dans mes entretiens l'impression que des médecins déléguaient ces critiques des données de la science à un spécialiste de second recours, par manque de temps et supposément de compétence. Donc que le travail de critique des sources devait être effectué par les spécialistes de second recours, car ils ont plus de temps pour se former à une thématique particulière, et que eux, en tant que généralistes, n'avaient pas le temps de lire toutes les revues, mais que le spécialiste est là pour ça.

Je ne suis pas d'accord : je crois qu'on a une culture bien plus critique que bien d'autres spécialités. Il y a même pas mal de spécialités dans lesquelles ils ne vont pas spécialement critiquer ce qu'ils apprennent, voire ne vont pas entretenir leurs connaissances. J'ai très très peu d'amis par exemple spécialistes qui lisent Prescrire, très très peu. Or, si tu regardes l'ORL par exemple, les évolutions thérapeutiques, il y en a aussi. J'ai par exemple fait une Formation Médicale Continue (FMC) sur les vertiges il y a deux mois. On voyait les thérapeutiques et notamment les Vertiges Positionnels Paroxystiques Bénins (VPPB), et bon, la thérapeutique des VPPB, on le sait depuis longtemps et notamment par Prescrire, que le TANGANIL a peu d'efficacité sur les VPPB, et on parlait des névrites. Et l'ORL qui était là disait qu'en gros, il n'y avait pas de traitement de référence, et quelqu'un a

posé la question de la corticothérapie. Et l'ORL a répondu : « comme il faut bien mettre quelque chose, nous on met des corticoïdes ». On leur a donc demandé pourquoi ils mettaient des corticoïdes, et du coup la réponse, c'était que les patients viennent voir un médecin, donc qu'ils devaient repartir avec un médicament. Je ne suis pas du tout, et d'ailleurs on était plusieurs, à ne pas être du tout dans cette culture-là ! Ça ne me dérange pas de ne pas donner de médicament, et au contraire de passer du temps à expliquer pourquoi il n'y en a pas. Il y a une donnée très intéressante, c'est de comparer les pays du « Nord », c'est-à-dire ceux de la Scandinavie, Suède ou Norvège par exemple, je crois qu'une seule consultation sur six fait l'objet d'une prescription médicamenteuse. Et chez nous, je crois que c'est neuf sur dix qui font l'objet d'une prescription médicamenteuse. Donc on voit bien l'énorme différence de culture, des patients comme des médecins, vis-à-vis de la prescription médicamenteuse. Donc moi ça ne me dérange pas de prescrire différemment de ce que prescrivent les autres spécialistes, on est quand même tous des docteurs.

Pour l'instant j'ai surtout interrogé des médecins installés depuis longtemps. Est-ce que tu penses qu'il pourrait y avoir un effet générationnel sur cette approche ? Les médecins les plus âgés n'auraient pas appris à critiquer leurs sources, ou plus le temps, ou pas l'envie, et qu'on retrouve moins ça chez les nouvelles générations ?

Je crois qu'il y a encore des jeunes qui raisonnent comme ça, mais ce qui a beaucoup changé le regard des médecins par rapport aux autres, c'est que tout le monde passe l'ECN, et que pendant l'internat on est tous mélangés, ce qui a levé un certain nombre de barrières. Quand j'appelle mes confrères, bien sûr si je les appelle c'est pour leur demander un avis bien souvent, donc si je leur demande, même si je ne suis pas tout le temps d'accord, c'est moi qui vais vers eux. Mais je suis quasiment tout le temps très bien reçu, bien considéré, ils ne remettent pas en cause mon analyse clinique, je n'ai pas l'impression de me sentir inférieur. On discute de médecin à médecin, et je pense que vraiment, le fait qu'on passe l'ECN et qu'on fasse un internat comme les autres spécialités, et ce depuis 2004 donc depuis un certain nombre d'années, je pense que ça lève pas mal de freins au regard que les autres peuvent avoir sur nous. Et il y a aussi autre chose : dans pas mal de régions, les externes font presque tous un stage en médecine générale, et je pense que ça aide, car ils voient pour beaucoup des médecins généralistes qui travaillent bien, et du coup ça aide aussi à ouvrir la spécialité aux autres !

D'accord. Pour revenir à tes sources d'information, tu en as cité beaucoup tout à l'heure, Prescrire par exemple, est-ce que tu lis d'autres revues, est-ce que tu vas à des congrès, est-ce que tu suis des Diplômes Universitaires (DU), est-ce que tu reçois la visite médicale...

Est-ce que tu utilises d'autres moyens pour te former ?

Le Développement Professionnel Continu (DPC), oui. C'est vrai qu'à SOS Médecins c'est plus compliqué de trouver des thèmes qui soient adaptés. Là on a donc fait les vertiges, au mois de novembre on va faire de la simulation *in situ* dans le cabinet pour utiliser notre matériel dans des scénarios qu'on va travailler ensemble et avec les formateurs. Je fais pas mal de congrès, tous les ans le congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), de temps en temps je vais au congrès de la médecine générale... Je fais effectivement des DU, j'ai fait celui de pédagogie médicale, je devrais faire celui de régulation médicale l'année prochaine, mais je trouve que la source la plus formidable c'est les étudiants ! Quand tu es soit avec un interne soit avec un externe, tu fais en sorte que la discussion ou en tout cas le questionnement soit complètement libre, et bien tu te retrouves à devoir justifier tout ce que tu fais, à devoir le discuter, et parfois tu ne sais pas donc tu vas chercher avec les étudiants, et tu es tout le temps en réflexion, ça ne s'arrête jamais ! Ça fait maintenant cinq ans que je suis maître de stage, et c'est un vrai bonheur que d'être tout le temps dans cette réflexivité-là. Et ça c'est formidable. C'est à la fois formidable, mais surtout rassurant. Car tu vois bien que ta pratique reste au bout d'une fourche, c'est comme quand tu veux évaluer les étudiants, tu dois les évaluer de plein de manières

différentes, et nous en tant que médecins on doit de la même manière se former de plein de manières différentes. C'est vrai qu'aujourd'hui je suis abonné à Exercer et à Prescrire, mais j'ai du mal à trouver du temps. Prescrire, je le lis. Et puis, il y a tout ce qui est en congrès, mais il y a aussi le fait d'être universitaire : quand tous les mois on se fait une commission de thèse, et que tous les mois on a vingt ou trente sujets de thèse, tu vas t'intéresser à un sujet. Comme moi je ne supporte pas ne pas répondre à une question qu'on me pose, eh bien quand on me parle de crânio-plagiocéphalie, organisation du système de soins, ça m'amène à faire plein de recherches pour comprendre ces travaux de thèse. Donc tout ça mis bout à bout fait que j'ai la chance de pouvoir me former par plein de sources, de plein de manières différentes.

D'accord. Est-ce que tu lis aussi des données de la science « brutes », ou est-ce que c'est une grande part, ou est-ce que ce sera plutôt des versions « grises » comme Prescrire ou Exercer ?

Ce sera plus des versions grises, après quand on fait de la recherche bibliographique dans des domaines particuliers on est amenés à lire des articles, mais je n'en lis pas... Par exemple quand il y a une nouvelle recommandation en infectiologie, je ne vais pas aller lire l'étude.

La visite médicale, tu en penses quoi ?

Qu'est-ce que tu appelles la visite médicale ?

Les visiteurs médicaux, les...

Les laboratoires ?

C'est ça.

Quand je suis arrivé, ils en faisaient un petit peu à SOS Médecins Rennes. J'ai toujours refusé d'y aller, et maintenant on n'en voit plus, on ne doit même plus avoir de demandes, les secrétaires doivent plus ou moins refuser. Non, aucune visite médicale.

OK. Pour terminer sur cette partie, est-ce que tu penses que tes relations ont un impact sur tes choix de sources d'information ? Tu disais par exemple que tu avais des amis, mais que tu pouvais quand même t'éloigner de ton ressenti envers eux et de leurs recommandations si tu ne te retrouvais pas dans leurs avis... Donc quelles relations et quel impact à ton avis ?

Assez peu. Par exemple je suis le seul de mes amis à être encore à la fac, ils ont tous été chefs de clinique et eux ont choisi de faire autre chose. Si, je dois encore avoir un copain Maître de Conférence des Universités (MCU) à Brest, donc on est deux. Et après je suis le seul à lire Prescrire. Donc ça peut jouer, mais par exemple je ne vais pas appeler mes copains médecins généralistes, car je sais qu'ils ne sont pas dans la même réflexion que la mienne. Ils vont plutôt prescrire à tout-va, et par exemple quand j'ai discuté avec eux en leur demandant pourquoi

ils ne lisaient plus Prescrire, ils m'ont répondu qu'après avoir lu un an, ils avaient l'impression que tout ce qu'ils faisaient n'était pas bien, et que du coup il faudrait qu'ils arrêtent de prescrire plein de choses. Donc moi je leur répondais « bah oui, c'est peut-être ça qu'il faut que tu fasses, c'est peut-être mieux pour les patients », ce à quoi ils répondaient « oui, mais ce n'est pas ce que veulent les patients ». « D'accord. Mais toi, tu es là pour répondre à ce que veulent les gens et être un commercial de la santé, ou pour bien les prendre en charge ? ». Bon, et là en général ça ne plaît pas. Comme je les aime et que je tiens à ce qu'ils restent mes amis, je m'arrête là, mais on voit bien là qu'il y a plusieurs cultures du soin, en fait. Et de la manière dont on conçoit notre métier. Donc mes relations amicales n'influencent pas mes choix de lecture, ni mes choix de carrière d'ailleurs. J'ai la chance d'être chef de clinique, et tant que je pourrai je le ferai car c'est très stimulant sur le plan intellectuel.

D'accord. Donc on peut dire que tu as déjà pré-sélectionné les interlocuteurs à qui tu vas poser tes questions, en fonction de leurs... valeurs ? De leur manière de raisonner en termes de thérapeutique ?

Oui, oui.

D'accord. Sinon, qu'est-ce qui pourrait t'amener à intégrer une nouvelle thérapeutique à ta pratique, ou à la retirer ?

En fonction des données. Par exemple, dans un des derniers Prescrire que j'ai lu, j'utilisais beaucoup la cétirizine, et Prescrire a fait une revue de la littérature sur les anti-histaminiques les mieux tolérés, et il ressortait que la desloratadine était vraiment recommandé, donc j'ai arrêté d'utiliser la cétirizine pour la desloratadine. Bon, je ne faisais pas du mal aux patients que je croisais en prescrivant de la cétirizine, il ne faut pas exagérer, mais si la desloratadine est mieux tolérée, dans ce cas je vais changer mes habitudes. Moi à titre personnel ça ne change rien, quand je propose l'un ou l'autre j'essaie de prescrire le plus efficace avec le moins d'effets indésirables, et c'est ça qui m'amène à changer mes thérapeutiques. Le TANGANIL, que je prescrivais par mimétisme de mes maîtres de stages quand j'étais interne, remplaçant ou au début de mon exercice, je n'ai maintenant aucune difficulté à ne plus l'utiliser. Je vais expliquer au patient pourquoi je ne le prescris pas, et je vais plutôt effectuer des manœuvres que j'ai apprises et que je maîtrise, pour les aider.

Est-ce que tu considères que la lecture de Prescrire, c'est une sorte de filtre par rapport aux données de la science, même si j'imagine que tu considères que ce filtre-là est le plus transparent que tu aies pu trouver ? Est-ce qu'on peut résumer ça comme ça ?

Ouais... mais après c'est quand même à confronter à d'autres choses. L'erreur serait de considérer que tout ce que fait

prescrire est forcément adapté à notre exercice. J'ai aussi des collègues ou d'autres maîtres de stages qui vont vraiment appliquer à la lettre près ce qui est écrit dans Prescrire, et je pense qu'il faut prendre un peu de recul et pouvoir critiquer ça. Oui c'est une bonne source, mais elle reste à discuter, et en tout cas il faut lire Prescrire et rester attentif par rapport à ce qu'on lit. C'est une bonne source, vraiment, parce que c'est indépendant des influences syndicales, politiques, des laboratoires, et c'est ce que cette association-là essaie de faire avec toutes les limites que ça peut comporter. Mais ça reste une source parmi d'autres.

As-tu des retours d'évènements qui seraient susceptibles de faire évoluer ta pratique, particulièrement des retours négatifs ? Par exemple, est-ce que si un patient fait un choc anaphylactique grave sur la desloratadine, est-ce que ça va t'amener à prescrire autre chose, ou est-ce que tu vas rester analytique, et te dire au fond, « pas de bol », mais continuer à la prescrire ?

Bon, dans notre exercice on a assez peu de retours. Deuxièmement je ne prescris pas beaucoup de médicaments et toujours les mêmes, donc je pense que je prescris comme bien d'autres surtout du paracétamol, ensuite des anti-douleurs, AINS, corticoïdes, des paliers 2. C'est surtout dans ces paliers 2 qu'on va avoir le plus de retours négatifs, mais on les connaît déjà. Certains vont très bien tolérer la codéine, d'autres pas du tout, même

avec les autres paliers 2. Ça ne va pas forcément m'amener à tout changer. Quand j'ai tout changé, je prescrivais surtout de la LAMALINE, parce que j'avais une histoire personnelle. Mais en fait quand tu t'intéresses un peu à cette molécule-là, bon... À part le tramadol que tu dois éviter chez les personnes âgées, ces molécules-là, c'est un peu du pareil au même. Je vais peut-être surtout prescrire la codéine, car elle est peut-être un peu moins addictogène et je vais me méfier du mésusage autour du tramadol. Je pense qu'il faut effectivement plutôt prendre du recul.

Pour revenir aux différentes sources, est-ce que par principe, tu vas écarter ou retenir, toujours certaines sources ? Est-ce que tu vas te méfier particulièrement ? J'ai bien compris que tu faisais particulièrement confiance à Prescrire, et que tu refusais systématiquement les visiteurs médicaux par exemple.

On en a un peu parlé, le Pilly, le CRAT, le Vidal, pas forcément pour les indications, et encore. Mais c'est un peu compliqué de voir ce qu'il y a derrière. Ce que je ne vais pas utiliser, c'est les sites « publics », genre Doctissimo, Wikipédia. Alors par contre, je vais aller les voir avec les patients ! Tu sais, souvent, les patients commencent à dire « j'ai vu sur internet », et souvent ils rajoutent ensuite « je sais que c'est pas bien ». Je leur dis « Si, c'est super de s'intéresser à ce que vous avez, de faire des recherches, montrez-moi ce que vous

avez trouvé ». C'est une technique de communication : si tu vas dans le sens du patient, tu vas capter son attention, montrer que tu t'intéresses à lui et avoir plus facilement une discussion plus saine avec lui. Si tu lui dis « Oui, vous êtes un connard qui regardez sur internet comme les autres connards », il arrête de t'écouter et c'est bien normal. Si nous, quelqu'un nous dit ça dans un domaine que l'on ne connaît pas, si tu veux acheter une télévision et que tu commences à dire « oui, j'ai un peu cherché, et j'ai utilisé ça comme sources », si on commence par te dire que t'es con, t'arrêtes d'écouter le commercial. Donc il n'y a pas de raison qu'en termes de communication en médecine on soit différents du mec de la Fnac. Bref, pour avoir une discussion saine avec les patients, il faut adhérer à ce qu'ils ont fait, au moins dans un premier temps. C'est de la communication, surtout quand tu connais moins les patients. Je trouve ça intéressant de faire ça, et de leur dire « regardez, vous pouvez plutôt aller sur le CRAT par exemple, plutôt que sur Doctissimo » par exemple. Et j'aime bien regarder avec eux. J'ai pas forcément d'autres exemples de sites que je n'utilise jamais, hormis Doctissimo quand même...

D'accord. Alors, plutôt que de te demander de lister des choses que tu n'utilises pas, car c'est vrai que c'est difficile, est-ce que tu peux me donner des critères de confiance ou au contraire de méfiance envers les données médicales et leurs intermédiaires, par exemple est-ce que

tu vas transmettre des conseils aux patients, le site de Doctissimo il faut faire attention à telle chose, se méfier d'autre chose...

Ce que je leur dis c'est que ces sites, ce qui est compliqué de savoir qui transmet, qui est derrière cet article-là.

La transparence ?

Oui, Doctissimo ils sont quand même là pour faire de l'argent avec les publicités, donc le contenu n'est pas vérifié par une société savante. Si c'est la concierge du coin qui fait sa recommandation sur Doctissimo, ce n'est pas ça que vont chercher les patients. Je leur dis aussi que sur une recherche Google, ce sont ces sites-là qui arrivent en premier. Donc c'est aussi ça qui est important de comprendre : c'est que si c'est ce qui arrive en premier, ce n'est pas parce que c'est forcément le plus fiable. Parfois je leur demande s'ils savent comment Google marche, et l'impression ne le savent pas, ils pensent que c'est quelque chose de très sérieux, et pas une boîte qui gagne des milliards sur le dos de tout le monde.

Tu veux parler de l'indexation prioritaire des contenus payants ?

Oui c'est ça, on sait bien que les premiers sont des annonces payantes, et qu'en fait c'est « plus tu payes cher, plus t'es en haut », et pas « plus t'es sérieux, plus t'es en haut ».

OK. On arrive donc sur le dernier thème, la vision des patients dont on a

un peu parlé tout à l'heure. Quelle place occupe l'avis des patients dans tes choix thérapeutiques, et est-ce qu'ils viennent parfois changer tes pratiques, et dans quelle mesure si c'est le cas ?

Je dirais leurs habitudes. On parlait tout à l'heure des anti-histaminiques, si un patient me dit « Moi je prends du BILASKA et je trouve que ça fonctionne bien », je ne vais pas aller contredire ça, donc j'aurais tendance à réutiliser des thérapeutiques qu'ils connaissent si je les juge non dangereuse et appropriées à ce qu'ils ont. Un autre exemple, si je suis face à une personne qui fait face à une migraine et qui me dit que chez elle c'est le tramadol qui est efficace, je ne vais pas m'amuser à lui donner autre chose même si ce n'est pas ce que j'utilise normalement. Pour les AINS j'utilise plutôt de l'ibuprofène ou du naproxène, mais si pour des douleurs rhumatismales, la personne me dit « Chez moi, c'est plutôt le kétoprofène qui fonctionne », je ne vais pas aller « jouer », l'avis des patients est quand même très important. Après, si pour des vertiges, le patient me dit « Chez moi, c'est le TANGANIL qui marche », je vais tiquer. Il y a quand même des choses que je ne vais pas prescrire. Les antitussifs, les sprays nasaux, ou très bon exemple, le COQUELUSEDAL. Si des parents sont surpris que je ne prescrive rien pour la toux, je préfère passer cinq minutes à leur expliquer pourquoi les enfants toussent, et que le COQUELUSEDAL ne marche pas et

pourquoi. C'est pareil avec les anti-vomitifs, je n'en prescris quasiment jamais, et je préfère passer du temps à leur expliquer pourquoi déjà ça ne marche pas, et aussi pourquoi c'est pas terrible de prendre ces neuroleptiques cachés. Certains parents n'ont en fait pas du tout envie de donner ça à leurs gamins quand ils savent ce qu'il y a dedans. Il y a donc à la fois des médicaments que je juge comme étant... bon, l'ibuprofène et le kétoprofène, on sait que le kétoprofène ne va pas être beaucoup plus toxique pour les patients.

Et comment tu penses que les patients perçoivent les différentes sources d'information des médecins ?

Je pense que c'est très compliqué. Ils vont avoir des médecins qui vont vraiment être dans la discussion, dans la réflexion et dans la construction avec eux, et là on parlait de culture tout à l'heure, vraiment il y a des cultures qui sont très différentes. On dit souvent que la patientèle d'un médecin lui ressemble, les patients vont bien aimer discuter, apprendre, voire choisir ensemble, c'est parfois possible, moi j'aime bien qu'on choisisse ensemble. D'autres patients vont être très passifs et être très demandeurs de thérapeutiques, absolument un pour le nez qui coule, un pour la toux, un autre encore pour l'oreille qui gratte, et qui dans cette démarche-là vont aller trouver des médecins qui sont comme ça, et qui donc vont se retrouver avec des listes de trucs à prendre. Donc les

patients vont souvent ressembler aux prescriptions de leurs médecins.

Là c'est les patients qui vont choisir les médecins selon leurs habitudes. Mais est-ce que tu penses que les patients ont conscience des différentes sources d'information des médecins, et du fait que les médecins doivent se former pour avoir ces informations-là, ou peut-être pas du tout, est-ce que tu penses que les patients ont conscience de la nécessité de cette formation continue ?

C'est compliqué de faire des généralités, en fonction du niveau socio-culturel des gens, certains ont une idée de la constitution des études médicales, d'autres pas du tout, c'est vraiment compliqué, c'est trop divers d'un patient à l'autre.

Et est-ce que cette perception qu'ils ont ou cette non perception, est-ce que ça t'encouragerais à te former ou pas du tout, est-ce que ta formation va être complètement indépendante de cette perception ?

Ah non ça ne changera rien. Je ne suis pas poussé par les patients pour aller me former, j'ai plutôt été poussé par ma propre curiosité, qui change en plus avec les années d'exercice, mes questions ne sont plus du tout les mêmes qu'il y a cinq ans, et je suis surtout aussi poussé par les étudiants. J'ai fait un DU de pédagogie médicale, je trouve ça intéressant de prendre du temps pour réfléchir à comment on travaille cette pédagogie. Et aussi par les confrères : je suis aussi

<p>coordonnateur locale pour les formations pédagogiques, pour le CNGE, et à la fois les thématiques qu'on peut leur proposer mais aussi le contenu qu'on peut leur proposer, parfois en lien avec CNGE sur des DPC, parfois non. Mardi dernier on a réuni vingt chargés d'enseignements, des médecins généralistes qui ne sont pas au DMG mais qui font cours aux internes et externes, on leur a fait un après-midi pédagogique pour leur proposer à eux une formation en pédagogie sur ce qu'ils font, comment améliorer ceci, comment travailler sur les étudiants difficiles, etc. Et ça, je trouve ça hyper intéressant de réfléchir à comment améliorer sa pédagogie, et la pédagogie des gens qui nous entourent. Faire des formations pour des formateurs, s'asseoir autour d'une</p>	<p>table et se demander « qu'est-ce qu'on fait », je trouve ça super stimulant. Et c'est pareil avec les étudiants quand ils posent des questions. L'année prochaine je vais faire un DU de régulation, car rapidement au bout de quelques gardes tu te poses des questions, donc tu réfléchis au moyen de te former. Je suis allé chercher le patron du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), qui m'a dit qu'il n'y avait pas beaucoup de DU, « et d'ailleurs veux-tu qu'on en monte un à Rennes », donc je lui ai dit « D'accord, mais j'aimerais bien me former avant ». Donc ensuite il m'a conseillé un DU, et bingo, j'ai déposé une candidature. Mais c'est aussi cette curiosité qui fait partie de notre culture, que tu vois que certains médecins vont trouver à se former dès qu'ils voient</p>	<p>quelque chose de nouveau. Je ne vais pas que je vais être meilleur parce que j'ai un DU, pas du tout, mais au moins je vais essayer de prendre le temps de me former. Pour revenir à ta question, oui tes patients te poussent, mais c'est quand même parce que tu es toujours en questionnement que tu trouves toujours des solutions de formation.</p> <p><i>J'ai terminé mes questions, vois-tu des choses à rajouter sur ce thème ? Est-ce que tu vois des thèmes que je n'aurais pas abordés ?</i></p> <p>Non, je pense qu'on a fait un bon tour, je n'ai rien de plus qui me vient à l'esprit.</p> <p><i>Encore merci, c'était vraiment très riche.</i></p>
--	---	--

8.7. Verbatim 4

Jeune médecin installé

<p><i>Peux-tu raconter une situation où tu as dû te renseigner avant ou pendant la consultation, avant de prescrire ou après ?</i></p> <p>Alors oui, ça m'est arrivé dernièrement, aujourd'hui par exemple, j'ai vu un patient en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), et je ne savais pas exactement, dans un contexte de fin de vie chez un patient que je suis depuis très peu, je ne savais pas quelles posologies et quelles thérapeutiques employer, pour qu'il soit confortable et en même temps que ce soit compatible</p>	<p>avec sa corpulence, son état clinique du jour... Alors j'ai fait appel à un spécialiste, directement le gériatre, je l'ai appelé, il m'a renseigné, c'était un peu plus facile, car je n'ai pas cherché tout seul. J'ai eu le gériatre au bout du fil, chose que je n'ai pas toujours. Après en consultation, alors, ce que je vais avoir comme exemple... J'ai eu une éruption cutanée qui était ancienne d'une semaine, je savais que ça avait une allure fongique, mais je ne savais pas quoi lui mettre dessus, je ne pouvais pas lui mettre une crème simple qu'il allait se mettre un peu partout, en tout cas pas celle que j'ai</p>	<p>l'habitude d'utiliser. Je me suis donc renseigné en ligne, j'utilise Doocteur, un moteur de recherche qui classe et enlève tous les sites type Doctissimo ou Santé Actuelle, etc. Et j'ai été redirigé vers Dermatoclic, qui peut être une référence pour les choses assez simples et ces prescriptions-là. Ça c'est ce que je peux utiliser avec le patient devant moi. C'est-à-dire que je suis devant mon écran, et je lui dis que je suis en train de chercher, car j'hésite, et je regarde ce qui est le plus adapté pour lui.</p>
---	--	--

D'accord. Donc là tu as donné deux exemples, dans l'un tu te tournais plus vers un autre spécialiste, pour l'autre tu trouvais des ressources sur internet, est-ce que tu as d'autres médias et supports de communications ?

Oui j'en ai pas mal, le problème c'est les consulter, se mettre à jour, et avoir le temps de le faire. En consultation j'utilise donc internet avec ce moteur de recherche qui filtre et m'enlève les publicités et autres, et qui me permet d'avoir des choses un peu ciblées, HAS. Je suis abonné à Prescrire, c'est quelque chose que j'utilise avec également le guide Prescrire, étant jeune médecin ça m'arrive plusieurs fois et même en consultation, comme tu vois j'ai mon téléphone sur un dock, sur mon bureau directement, c'est un choix qui me permet d'y accéder sans donner l'impression que je geek avec le téléphone sorti de ma poche, ça a un côté un peu plus pro, car je n'ai pas encore toutes les applications du téléphone sur l'ordinateur, même si je n'aime pas trop toucher au téléphone en consultation, le guide Prescrire est dessus, et j'y vais parfois avec le patient devant moi, tout en expliquant au patient que je recherche le meilleur traitement pour lui.

C'est important pour toi ?

Oui, pour qu'il ne s'imagine pas que je suis en train de relever mes messages sur Whats'App...

Non excuse-moi, je voulais dire : c'est important d'expliquer au patient que tu vas rechercher d'autres informations ?

J'ai l'impression que le patient aime deux choses : que tu sois sûr de toi, et si tu as un doute, que je lui explique que je lève le doute en allant chercher la bonne information. En tout cas c'est comme ça que je leur explique. Et c'est vrai que j'ai eu des moments de malaise, des moments où je ne suis pas entièrement préparé, quand je n'ai plus vraiment les connaissances à jour, et c'est le moment où je cherche et ne trouve pas l'information, et c'est très frustrant, car on arrive souvent dans la panique, on veut une réponse tout de suite, car le patient veut repartir avec son ordonnance, et il faut avoir au préalable des outils fiables de recherche. Donc Prescrire, après mon grand-père est abonné à la Revue de Médecine Générale, j'en lis de temps en temps. Et c'est vrai que chez eux par exemple il y a des pubs.

Est-ce que tu penses devoir comparer voire critiquer des sources d'information ? En tant que généraliste ?

Oui. C'est vrai qu'on veut que l'information parfois on veut qu'elle arrive toute crue dans l'urgence de la recherche immédiate, après je pense qu'il faut toujours mettre en parallèle les recommandations et ce qu'il se passe dans la pratique. Il y a eu des cas où j'ai adapté la posologie, par exemple dans des cas où la clinique n'est pas si franche que ça je vais pouvoir diminuer la posologie, au niveau des antibiotiques surtout. On voit des référentiels comme Antibioclic sur internet, je m'appuie dessus, et en

même temps je peux avoir la source, la Société de Pathologies Infectieuses de Langue française (SPILF) par exemple, via une iconographie bien faite. Mais souvent au niveau des posologies, je vais adapter le plus souvent à la baisse. Surtout quand les symptômes sont non francs, des choses atypiques, je vais faire une prescription qui ne va pas être pile-poil dans les clous, mais pour autant avec un bon retour clinique, une bonne réponse derrière lors de la surveillance. C'est un exemple de critique de l'information. Une autre critique que je peux faire, c'est sur les recommandations trop strictes, trop basiques, les antalgiques, pour une douleur au Dolip- au paracétamol même, de Prescrire, qui est très critiquée pour ça, c'est une prise en charge qui va être très basique, mais pas toujours adaptée au confort du patient. Un patient qui vient avec plein de symptômes ORL, il veut repartir avec une bonne ordonnance et repartir avec un tas de médicaments, c'est quelque chose très franco-Français je pense. Alors je ne rentre pas dans le système de lui donner tout ce qu'il veut, bien sûr, mais s'il a une rhinite, s'il a des signes de conjonctivite débutante, des choses associées... Parfois, je vais donner des choses qui vont le soulager par symptômes. Par exemple un tout début de conjonctivite, un catarrhe, etc. L'ophtalmo va te dire qu'il faut juste mettre du sérum physiologique, l'ORL pareil, que du paracétamol... Alors c'est vrai que oui, parfois je le fais, surtout chez l'enfant où je suis très peu prescripteur de

médicaments chez l'enfant, par contre chez l'adulte bien sûr il y a certains cas où je prescris un spray nasal lambda, ou une lotion oculaire simplement désinfectante sans antibiotiques s'il n'a pas de conjonctivite franche à l'examen.

OK. Donc on va repartir sur ton réseau socio-professionnel. Est-ce que tu peux décrire tes relations socio-professionnelles, lors de tes formations initiale et continue, tes groupes d'amis, des choses comme ça ? Est-ce que tu les as toujours ?

Pour savoir quelles influences j'aurais, c'est ça ?

Oui voilà, pour savoir si ce réseau influe, ou pas, sur ta pratique.

C'est intéressant. Donc dans mon cursus, j'ai eu un cursus assez simple finalement. En étant interne j'ai quand même fait plusieurs passages avec des médecins généralistes, donc j'ai pas mal d'habitude prescriptions sur ces terrains-là. J'ai eu des vieux médecins, des jeunes médecins, certains ne prescrivant qu'en Dénomination Commune Internationale (DCI), d'autres uniquement avec les noms commerciaux, il y a certaines habitudes que j'ai prises alors que je suis pro-DCI, que je ne veux pas être sous influence. Pareil pour revenir dans le cursus on nous a conseillé de nous inscrire à Prescrire, une revue très recommandée dans le secteur médical, ce que j'ai fait bien sûr. Je l'ai lue très assidûment quand j'étais interne, maintenant je la lis assidûment quand

j'ai le temps, mais je m'astreins à la lire régulièrement pour me tenir informé. Sinon, en groupe d'amis, j'ai gardé contact avec mon groupe d'amis des urgences, mais on ne discute pas trop prise en charge, donc je ne suis pas trop influencé par ceux-là. Et puis on a des groupes de concertation, par exemple sur le covid, avec plein de médecins, qui peuvent m'aider sur mes prescriptions. Et puis j'ai mes collègues : on est dans un cabinet de groupe, sur certains dossiers on va me conseiller. Après à la faculté... non, je n'ai plus trop de contacts depuis au moins un an et demi. Et je n'ai pas d'influence particulière.

Est-ce que tu dirais que ton cercle amical actuel est plutôt en relation avec le secteur de la santé ?

Un peu, forcément. On garde des attaches avec des amis dans le milieu de la santé, mais pas uniquement. C'est difficile comme question. Si je fais une petite synthèse... ah ouais, pas mal. Si, on est pas mal à être dans le milieu de la santé. Des confrères que je côtoie souvent. Et une autre partie, comme j'ai deux enfants, des amis dans la même situation que nous, des amis d'enfance, des amis du lycée vers qui on s'est un peu rapprochés avec qui on s'entend bien.

Tu parlais tout à l'heure d'avoir recours à d'autres spécialistes : est-ce que tu dirais qu'il y a une proximité affective entre toi et les personnes que tu as l'habitude de solliciter ? Est-ce que ce sont des personnes avec qui tu

t'entends bien, ou est-ce que ce sont des personnes que tu penses n'avoir choisi que sur ce que tu estimes être leurs compétences ?

Alors, un réseau ça se construit, et c'est difficile à faire quand tu ne connais pas les gens. Et il y a un truc très paradoxal dans ce que je vais dire, mais quand j'étais interne et invité à des réunions de labos, c'est là j'ai pu rencontrer des confrères, des têtes que je ne connaissais pas, et j'ai pu mettre un visage sur une compétence, un visage sur un courrier, un visage sur un nom. Et pour répondre à la question, il y a des spécialistes renommés, qui sont bien dans leurs prescriptions, dans ce que je compare, auxquels je vais recommander mes patients. Et il y a aussi le fait que je fasse appel à des spécialistes beaucoup plus facilement lorsque je les connais. Je dis ça, car j'ai fait mon internat au même endroit, je suis passé dans différents services dans le même hôpital, eux aussi m'ont vu pendant deux ou trois ans, et savent quelle tête j'ai, comment je travaille, et pas plus tard que tout à l'heure, j'ai eu le confrère de l'hospitalisation à domicile, elle me connaît, et donc on a pu échanger beaucoup plus facilement, et c'est vrai que tu fais beaucoup plus confiance à quelqu'un que tu connais, et c'est aussi beaucoup plus rassurant pour toi, médecin, de savoir que tu es entouré de personnes que tu connais. Donc oui, j'ai quelques petits contacts, mais je suis récemment installé donc je n'ai pas encore un grand carnet d'adresses, je suis encore dans la construction de mon réseau.

Est-ce que tu as eu ou as des activités syndicales, associatives, ou autres ?

Non, je n'ai pas d'activités politiques, ni syndicales. J'y viendrais peut-être, mais ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse aujourd'hui.

Comment est-ce que tu qualifierais ton implication dans le DPC ? Est-ce que tu vas à des congrès, est-ce que tu fais des DU, est-ce que tu reçois des visites médicales... Est-ce que tu utilises d'autres moyens ?

Alors, c'est un peu compliqué avec le covid. C'est vrai que la formation continue, je l'ai faite au début de mon installation – je suis installé depuis un an – donc dans les premiers mois c'était surtout par visio. C'était quand même pas mal, peut-être une par mois ? J'en ai fait au total cinq ou six. Et en deuxième partie de l'année j'ai eu la masse des nouveaux patients, qui m'est un peu revenue dessus. Au début c'était les premières consultations, mais après tu as le suivi qui se met en place. Et puis j'ai mon petit qui a un an aussi, donc bon, j'avais aussi des occupations personnelles. J'ai eu moins de temps pour me former en deuxième partie d'année. Mais je n'ai pas fait de formation, pas de week-end de formation ailleurs.

Est-ce que tu penses que tes relations ont un impact sur le choix de tes sources d'information, sur ta pratique, et si oui, quelles relations et pourquoi ?

Oui, je pense que mes relations peuvent influencer ma prescription. Alors ma

prescription directement, pourquoi pas... Alors quand c'est des spécialistes, c'est pas mon domaine de remettre en cause leur prescription, sauf quand elle m'apparaît contraire à l'intérêt du patient. Si j'adresse un patient au cardiologue par exemple, s'il fait une prescription, moi je vais la juger sur la pratique clinique, si c'est adapté à mon patient. Après, de là à voir la classe de médicament qu'il a employé, quelle molécule, ça va être difficile de changer ce genre de prescription. C'est aussi l'influence au cours des discussions qu'on peut avoir avec des collègues, des spécialistes...

Oui, avec tes groupes, ton réseau, tes collègues, est-ce que tu remarques une philosophie de prescription particulière, qui va faire tel ou tel type de prescription, est-ce que vous partagez tous les mêmes idées ?

Alors, je n'ai pas fait énormément de réunions de pairs récemment. Mais c'est vrai que je suis dans un cabinet où on aime bien suivre les recommandations. Je sais que si je m'adresse à mon confrère, il va me proposer quelque chose dans les clous, on ne va pas faire une prescription à la va-vite, extravagante ou hors des clous. Quand je faisais en tant qu'interne des réunions de labo, où on discutait avec le confrère, c'est vrai qu'il faut toujours remettre l'information dans son contexte, savoir d'où elle vient, pour savoir si on n'était pas sous influence quand on l'a reçue. On est sous influence quand on reçoit une information, même de la part des

confrères. Et ça nous rassure aussi : quand on n'est pas seuls pour prendre la décision, quand on accepte celle de l'autre, on devient deux, on prend une décision qui ne nous paraît pas trop mal, et à deux on peut prescrire en conséquence.

Comment tu intègres des nouvelles informations, actualités, etc. à ta pratique ?

Comme je disais, plutôt sur les premiers choix, dès la première prescription. J'essaie de faire la bonne prescription dès le début. Une personne qui vient pour une hypertension, ou un traitement du diabète, quand c'est moi qui commence le traitement, et c'est souvent, sans que le cardiologue ou l'endocrinologue n'intervienne, je veux être dans les clous. C'est-à-dire en harmonie avec les recommandations actuelles. Car si je l'envoie derrière au spécialiste, je ne veux pas être ridicule dans mes prescriptions, être à jour. Et je veux aussi pouvoir justifier auprès de mon patient, car aujourd'hui ils regardent tout, ils sont sur internet, maintenant avec les vaccins du covid ils lisent les notices de tout, donc je veux pouvoir leur dire que j'ai choisi ce médicament pour eux, en fonction de leur situation. Et c'est pour ça qu'il y a aussi beaucoup, surtout en ce moment, du fait que je sois jeune médecin, donc je suis certainement venu avec mon bagage d'interne en étant sûr de moi, comme tout le monde probablement, mais cette confiance en soi il faut l'entretenir par la formation. Car je vois que si je perds en

formation, j'ai moins confiance en moi, et mes prescriptions s'en ressentent, car j'hésite. Mais je mets cette hésitation au profit du patient, je vais lui dire que je vais me renseigner, et lui amener l'information plus tard.

Qu'est-ce qui pourrait t'amener à prescrire une nouvelle molécule, à en changer, ou à arrêter d'en prescrire une ?

Les études, principalement. Je suis pas mal les études européennes ou internationales via Medscape. Je trouve que leur information est assez fiable. J'ai pu avoir en tout cas accès à des résultats d'études assez facilement. Car je ne me farcis pas toutes les grosses études qui sortent.

J'allais justement te le demander : tu vas rarement lire les études-même, mais plutôt utiliser des filtres comme Medscape ou Prescrire ?

C'est ça, mais des filtres pour lesquels il y aura un détail de cette étude. Notamment avec le covid, il fallait qu'on justifie un peu nos chiffres, et tous ces détails-là on ne les a pas forcément dans les détails du sujet, on doit aller chercher la source. On a parlé beaucoup de pourcentage : il fallait qu'on sache à combien de pourcent quel vaccin protégeait, à quelle dose, etc. Donc pour ça il fallait vraiment lire les études-mêmes, ça demande du temps, mais je l'ai fait, c'est compliqué, mais il faut le prendre. Après je suis nouveau médecin, je n'ai que des nouveaux patients : donc je profite de la rupture avec l'ancien

médecin pour changer pas mal de choses. Je vais plutôt changer en fonction des influences que j'ai reçues lors de ma formation et autres, et après je change aussi avec le patient. Il y en a pour lesquels il ne faut pas tout changer dès le début, car sinon ça va mal se passer. Donc au début je ne change pas grand-chose, mais je leur dis qu'à partir du moment où ils ont dix médicaments sur leur ordonnance, on ne sait plus ce qu'on fait. Donc on ne connaît pas toutes interactions des effets secondaires de tous les médicaments. Donc souvent, après les avoir revus trois ou quatre fois, on en a enlevé un, puis changé l'autre, etc. Je reviens un peu sur ce que j'ai dit tout à l'heure : quand j'adresse un patient au spécialiste, en fonction des spécialistes, on va faire un peu de mimétisme en fonction de leurs influences. Par exemple, si tous les endocrinologues prescrivent des sulfamides plutôt que de la metformine en première intention dans le diabète de type 2 – c'est un exemple bidon attention – eh bien peut-être que je vais moi aussi le faire, car après je vais peut-être adresser le patient aux endocrinologues. Alors que ce n'est pas dans les recommandations.

En dehors de ça, certains événements pourraient faire évoluer ta pratique ? Par exemple si tu as un effet indésirable très rare, même si tu sais que tu n'en verras jamais d'autres, est-ce que tu vas quand même te méfier, ou pas ?

Alors. En fait, pour illustrer, j'ai eu un exemple en pédiatrie, il y avait un cas

d'une infection lambda qui s'était compliquée d'une pneumopathie très grave. J'avais parlé au médecin qui s'était occupé de cet enfant-là, et j'avais l'impression que toute infection respiratoire banale devait tout de suite être très encadrée, car elle pouvait potentiellement occasionner un décès. Et on sentait le traumatisme chez ce médecin, d'une situation vécue où finalement c'était un cas très rare et très grave, entraînant le décès de la patiente. Et donc toute infection pulmonaire faisait ressortir chez ce médecin cet épisode. Moi je considère qu'on ne peut pas faire d'un cas une généralité. C'est pour ça que les recommandations existent, car on a tous des histoires chasses, mais si je considère que c'est pour chaque patient ma nouvelle devise, je vais finir par faire une médecine de bas étage, avec des prescriptions qui n'ont plus de sens aux yeux de mes confrères, ni aux yeux des autorités comme la HAS, des autorités disons plus globales, qui ont une réflexion un peu plus « haute » de la situation, et ne pas se rapporter au cas par cas. Donc dans les prescriptions, j'ai eu récemment un effet secondaire d'une patiente sous anti-dépresseur, un cas rare, mais ça ne va pas m'empêcher de le prescrire à un autre patient, car c'est celui qui est reconnu comme étant de première intention. Alors que si je change cette habitude de prescription, je vais me reporter sur une autre molécule, qui aura des effets connus, plus nocifs, mais tout de même utilisable, mais ce n'est pas au bénéfice de tous les

patients qui auront un trouble dépressif majeur et que je verrai par la suite.

Tu as parlé d'un autre médecin, je l'imagine plus âgé, avec plus d'expérience ?

Oui.

Est-ce que tu penses que le rapport aux sources, la façon de les rechercher voire de les comparer est différente selon l'âge des médecins ?

Je pense qu'il y a pas mal de médecins... Enfin on ne peut pas faire de généralités. Au début, je pensais que les vieux médecins, ils étaient plein d'habitudes, qu'ils ne se formaient plus, et en fait je me suis rendu compte que c'est le cas pour certains, mais que d'autres sont très actifs et très au point sur tout ce qui sort. Et ça c'est lors de ma formation, dans mes terrains de stage il y avait de tout : le vieux médecin très bien informé, qui me mettait des colles à chaque fois, un autre vieux médecin qui faisait tout le temps la même chose, à tel point que je connaissais ses ordonnances par cœur, et que pour chaque pathologie je savais déjà ce qui allait sortir. Je pense que c'est une histoire individuelle de se former et de s'obliger à se former. Tu vois, là, en un an, sur les six derniers mois je ne suis pas super fier de moi, car j'aimerais bien me former, mais j'ai pas pu trouver le temps. En tout cas, ce temps-là aujourd'hui je l'ai consacré à mes enfants et pas à ma formation. Ça va évoluer, mais il faut aussi faire la part des choses, c'est très difficile. L'accès à la formation, plus il sera

facile et mieux ce sera fait. Et pour d'autres types de médecins, il y a aussi le médecin hospitalier. J'ai l'impression qu'il est plus informé, peut-être parce qu'il discute plus avec ses confrères, peut-être à cause des formations universitaires, ou peut-être que lui il est plus actif dans la formation universitaire justement avec les étudiants. Mais on a souvent une information quand même dans les recommandations, que j'identifie comme étant plus fiable. Pareil, au niveau de mon cabinet, on reçoit des externes, et je pense, je ne suis pas certain, que mes confrères aussi s'astreignent à être à jour dans les recommandations, car on reçoit des étudiants, et si on délivre une information erronée à un étudiant... la conscience professionnelle nous fait dire qu'il faut être à jour quand on reçoit des étudiants. Mais c'est pas tout le temps le cas. Dans mon expérience, j'ai eu des médecins avec qui je n'étais pas d'accord avec les prescriptions qu'ils faisaient. Ce n'est pas forcément qu'ils avaient tort, mais en tout cas j'étais en désaccord avec ce qu'ils faisaient. Est-ce que c'était dans l'intérêt du patient, ça je n'en sais rien.

Tu as dit que les médecins hospitaliers avaient l'air mieux formés, ce que j'entends par là c'est que ce sont les autres spécialistes qui sont souvent plus informés que nous généralistes sur les domaines qui les concernent ?

Oui tout à fait.

Et est-ce que tu les considères, ces spécialistes, comme des intermédiaires entre les données brutes de la science et toi ?

Non. Parce que pour moi, eux aussi ont un réseau qui va les informer, et on sait très bien qu'il y a un lobby pharmaceutique vers les spécialistes, car on sait très bien que ce sera eux la source de la prescription pour diverses pathologies : le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque... Et le laboratoire qui va sortir une molécule va cibler le spécialiste qui va le prescrire dans un premier temps et qui va être le relai de cette information-là, qu'il aura eu finalement sous influence. Je ne dis pas qu'elle est bonne, que le médicament est bien ou pas, et c'est là où Prescrire nous aide, car ils reprennent les études à la lettre, alors trop souvent parfois avec du retard, un délai et un recul parfois trop long, mais ce n'est pas le reflet de la science brute. Alors, si le professeur universitaire qui fait des conférences, pour peu qu'il n'ait pas de liens d'intérêt, qui va s'informer sur les études brutes, et on l'a vu lors de la crise : on a eu des conférences en visio avec le professeur de pneumologie, de virologie, du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de ma région, il nous ressortait précisément les études qui ont été émises, et il les comparait entre elles. Et quand il nous parlait, là, j'avais l'impression qu'il était le relai de la science brute, et c'est là où je pouvais lui faire une « confiance aveugle » sur ce qu'il allait me dire comme prescription. Par contre, quand c'est le

cardiologue du coin, ou un ami spécialiste qui va me faire un conseil de prescription, je vais l'appliquer car dans certains cas le patient sera amené à revoir cette personne. Je peux être surpris de la prescription, ou me dire que j'aurais pu avoir le même raisonnement, donc si ça ne nuit pas au patient j'y vais, même si j'aurais peut-être mis autre chose.

Si les données de la science vont à l'encontre de ton expérience, quelle va être ta réaction ?

Alors, je ne suis pas un frondeur. Je fais confiance à l'information. Je vais vérifier qu'elle est bien de source fiable. Une étude parfois peut-être démontée quelques années plus tard, et il faut aussi avoir ce regard-là. J'ai fait une thèse sur les bienfaits ou non de certains composants de substances, et la thèse qui montrait des bienfaits supposés de cette substance a été démontée dix ou quinze ans plus tard. Donc il faut toujours se méfier de l'information. Mais dès lors qu'il y a des études concordantes sur un résultat, qui nous disent que c'est comme ça qu'il faut procéder maintenant, ça a montré tel effet secondaire, par exemple pour l'hydrochlorothiazide avec les effets indésirables concernant les cancers cutanés, je n'y étais pas sensibilisé pendant mes études, j'y suis beaucoup plus maintenant, donc pour une molécule que je prescrivais volontiers avant, je vais maintenant y regarder à deux fois. Est-ce que je l'utilise toujours ? Oui. Mais je vais y faire plus attention, et je vais prévenir

le patient, et c'est ça qui a changé. Certaines choses me font aussi dire « Non, je ne prescris plus tel médicament ». Un médicament c'est un poison en fonction de sa dose, mais aussi un poison tout court. Mon but, ça va être quand même de limiter absolument l'abus de médicaments. Plus une ordonnance est petite et mieux je me porte.

Là tu as parlé d'un grand professeur à qui tu pouvais faire confiance, car il te détaillait son raisonnement ?

Oui.

Justement, comment est-ce que tu accordes ta confiance à certaines sources ou d'autres ? C'est quoi pour toi les critères de confiance ou de méfiance ?

Alors, les critères de confiance, ça va être quelqu'un qui a bossé pour en arriver où il est. Après finalement on peut très bien arriver à un poste de manière différente. Mais dans le raisonnement qu'on va m'expliquer, ça va être un raisonnement qui va être proche de celui que j'ai dans la démarche. C'est-à-dire d'aller chercher l'information à la source, et pas d'aller chercher l'information toute crue, qui sorte de nulle part. On a eu beaucoup cette remise en question avec le covid. On parle des vaccins par exemple : les vaccins ont été une grande source d'inquiétude pour tout le monde, et c'est là où on a vu qu'en fait, le raisonnement scientifique a été exposé au grand jour. Quel raisonnement adopter et ne pas adopter. Tant pis si on

parle de cet exemple-là, mais on a eu le professeur Raoult qui a sorti un traitement de son expérience personnelle ou de l'expertise qu'il a acquise au cours de sa vie, et il y a des études à côté qui sont un peu plus le train sur le rail, et elles font leur travail, et une fois qu'on a des résultats partiels, ça reste des mastodontes qu'on peut suivre, car il y a du volume, il y a de la recherche, et c'est pas quelque chose d'empirique, quelque chose qui sort de l'expérience personnelle de quelqu'un. Donc un médecin qui aura une réputation empirique, qui fera les choses dans son coin, je ne lui accorderai pas de confiance. Si c'est un confrère ça peut aider parfois, non pas pour quelque chose comme la vaccination, mais plutôt pour quelque chose de simple au sein du cabinet, il propose une solution thérapeutique pour un cas particulier, parce que je suis dans l'impasse, bon, je vais essayer, mais je vais me méfier. La méfiance, c'est ça, c'est les solutions qui sortent de nulle part, et il y a un côté formation derrière. On sait que pour être hospitalier, pour être universitaire, il faut se former. On peut le faire très bien en médecine générale aussi, mais pour le faire bien, je pense qu'il faut être actif dans quelque chose. C'est-à-dire actif soit dans la formation des étudiants, soit dans un réseau local de médecins pour faire avancer les choses, soit dans un groupe de pairs. Et c'est là que l'information va être recoupée. Pour moi, plus l'information est recoupée, moins on aura de

difficulté à savoir si elle est bonne ou non.

Et donc si deux différent, comment est-ce que tu vas prescrire plutôt l'une que l'autre ?

Là le côté expérience joue à ce moment-là. Si je considère ces deux sources comme fiable, mettons pour l'otite, est-ce qu'on met six ou huit jours ? Ça dépend de l'âge, de la clinique, mais aussi de l'expérience. J'ai aussi entendu des infectiologues dire que toutes les antibiothérapies étaient trop longues. Alors est-ce qu'il faut les croire et diminuer nos prescriptions ? Je pense que oui. Parfois, quand j'ai ma bonne otite moyenne aiguë, je mets pile poil la recommandation qu'il faut, quand j'ai une otite douteuse et finalement un examen incomplet, ce qui arrive parfois chez les petits, où on ne voit pas totalement le tympan... Non c'est un mauvais exemple, là je vais mettre la bonne dose. Ou plutôt, chez l'adulte, pour une bronchite. Il est passé trois fois à l'hôpital pour une surinfection, une pneumopathie sur une bronchite. Du coup c'est le patient qui va te dire, « mettez-moi sous antibiotiques docteur ». Ça c'est le coup classique : soit je suis les recommandations et je ne lui en mets pas, soit je lui en mets quand même. Et bien là, c'est l'expérience, et c'est aussi une discussion avec le patient qui entre en compte. Quand je me dis, « Oui, la dernière fois, t'as voulu jouer au cow-boy, tu lui as pas mis ses antibiotiques, une semaine après il avait de l'oxygène

à l'hôpital ». Là ça va avoir de l'influence sur moi, mais chez ce patient-là seulement. Par contre, je ne vais pas mettre toutes les bronchites sous antibiotiques, je fais la part des choses.

Et est-ce qu'il y a des sources que tu retiens toujours par principe ou au contraire que tu écarter tout le temps ? On a déjà parlé de Prescrire qui a l'air d'être une référence, est-ce qu'il y a en a d'autres, et est-ce qu'au contraire il y en a que tu rejettes ?

Alors oui Prescrire, Antibioclic, la SPILF, tout ça pour les aides de prescription. Les monographies aussi.

Tu les retrouves où ?

Sur mon logiciel. Je vais regarder en détail la pharmacodynamie, pharmacocinétique, etc. Sur Alma-pro, c'est la Banque Claude Bernard (BCB), mais pendant mes études j'avais aussi le Vidal. Les monographies je les utilise quasiment tout le temps, pour adapter à l'âge, à la fonction rénale, au poids... Il y a aussi le Vidal Recos, dont les recommandations vont m'aider pour certaines choses que je n'ai pas en tête.

D'accord. Tout à l'heure, tu as parlé de faire confiance aux gens qui ont un raisonnement proche du tien.

Oui c'est ce que j'ai dit.

Qu'est-ce que tu penses de la phrase suivante : « La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des

valeurs professionnelles du praticien, et de la culture de ses patients vis-à-vis des thérapeutiques ».

Ouais, c'est bien ! C'est-à-dire que... tu peux répéter ?

« La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des valeurs professionnelles du praticien, et de la culture de ses patients vis-à-vis des thérapeutiques ».

Ouais. C'est-à-dire qu'en fait, c'est un conflit à chaque fois, la prescription. Entre ce que veut le patient et ce que je veux moi. C'est en conflit en permanence. On peut aller dans les pays scandinaves où ils ne sont pas habitués à ressortir de chez le médecin avec une ordonnance. Nous on va être influencés par notre formation, et le fait que les patients vont toujours vouloir une ordonnance, et toujours maintenant. C'est un peu aussi le problème de l'heure actuelle, avec internet, la réponse automatique, tout, tout de suite, maintenant, ça, les patients nous pressent tout le temps. Cette phrase elle est bien, parce que finalement ma manière de penser, c'est vrai que je vais être très proche de médecins, ou en tout cas de sources, qui vont utiliser ma manière de penser. En tout cas mon choix de source d'information je vais aussi d'aller là-dessus. Alors moi aujourd'hui mes sources j'essaie qu'elles soient vérifiées, dans les recommandations, pas influencées par tel ou tel lobby pharmaceutique, et c'est là où je me

sens plus en confiance dans ma prescription. Après, le patient, lui, il a son regard sur les thérapeutiques, et c'est là où la culture du patient vis-à-vis du patient va jouer beaucoup... Oui pour moi cette phrase est un très bon résumé, ça va jouer beaucoup sur le patient qui veut, ou non, des médicaments. L'exemple de la bronchite : je lui dis que là, clairement, il n'y a pas besoin d'antibiotiques aujourd'hui. L'examen clinique est normal, il n'y a pas de foyer, vous toussiez, certes, mais l'examen clinique est normal... Et seulement, c'est là que va entrer le conflit, la discussion, pour savoir ce qu'on fait. Mais souvent je leur pose, moi, d'abord ma vision du problème, et ensuite on discute. Pareil pour les anxiolytiques, les antidouleurs... Et tout ça c'est de la discussion qu'on fait en permanence, pourquoi, parce que le médecin n'a plus d'argument d'autorité depuis belle lurette, et puis il y a aussi un certain manque de respect pour le travail et les connaissances qu'on a. Le patient a aujourd'hui accès à une source d'information somme toute parfois assez bonnes, il va se renseigner et rester sur ses acquis. Et c'est là qu'entre le conflit. Après c'est un conflit assez « gentil ».

Et pour revenir à la première partie de la phrase, est-ce que toi, tu vas construire ton réseau en fonction des valeurs professionnelles des autres, pour qu'elles soient en cohérence avec les tiennes ? Si oui, lesquelles ?

Oui, c'est aussi pour ça que je me suis installé ici, je savais que mes collègues étaient aussi axés sur l'indépendance et tout ça, ils m'ont tout de suite dit la première fois que je les ai vus qu'ils ne recevaient pas de labos. Donc j'ai tout de suite su qu'ils ne cherchaient pas à être sous influence, ou à se soulager la conscience d'un défaut de formation par l'influence directement pharmaceutique. C'est facile après de prescrire quand on a un nom en tête. Je pense, oui, que je vais construire mon réseau, en fonction de mon idée de l'influence aujourd'hui. J'ai envie d'être indépendant dans mes prescriptions, et en même temps, j'en reviens à la problématique du confort pour mes patients quand les recommandations ne prennent pas assez en compte le confort du patient. Là, je fais appel à un réseau d'influence, lui-même influencé, le réseau pharmacien, pharmaceutique, etc. Après je vais ré-étudier l'information, je sais que je suis influencé, mais je fais quand même. Pour le reste, tout ce qui touche à la prise en charge vraiment globale du patient, le réseau va se construire avec des médecins que je sais aussi impliqués dans quelque chose.

Et tu penses que ça vient d'où ces différences de cultures, de valeurs professionnelles dans le soin ?

J'ai l'impression que ça vient par la formation maintenant. Ou par nos stages ? On voit que les nouveaux médecins, les plus jeunes, un peu touche à tout, motivés, sont moins dans

leurs acquis, avec l'âge, sont moins actifs sur les thérapeutiques des secteurs d'influences. Comment dire ? J'ai eu des médecins très actifs pour certains.

Tu disais la jeunesse, la curiosité aussi peut-être ?

Peut-être, et peut-être aussi, comme moi aussi j'ai envie, peut-être d'accueillir des étudiants quand je pourrais, et surtout faire partie de quelque chose. Un groupe de pairs, de collègues, directement pour échanger sur des dossiers, ce qui est en projet dans le cabinet. Mais aussi un projet un peu plus lointain, avec un groupe de jeunes médecins que je connais, avec qui on pourrait échanger du tac au tac des expériences, mais ce n'est pas encore fait. J'aimerais bien mettre ça en place.

On a fait le tour des questions que je voulais te poser, est-ce que tu vois des choses que tu voudrais ajouter sur le sujet ?

Non, ou peut-être l'autorité du spécialiste par rapport au généraliste ? La confiance en soi du médecin aussi, c'est essentiel. Un jeune médecin, ou même ancien, qui n'a pas forcément confiance en soi à cent pour cent, le fait qu'il soit hésitant va lui faire prendre la première information, et il risque de choisir la première information qu'il va trouver, car elle l'aura sorti du pétrin. Et ça, il faut s'en méfier. C'est pour ça que je préfère reconvoquer mes patients, quand il n'y a pas d'urgence. Dès qu'il sort, je retrouve beaucoup

plus facilement l'information. Dans l'urgence je lui aurais donné le premier truc qui me serait tombé sous le nez, et ça c'est dangereux. Et l'autorité du spécialiste aussi, après c'est tout le jeu du réseau. Je vais faire appel à un	spécialiste, il va me donner une information, et derrière je vais peut-être lui adresser ce patient, car il connaît le dossier, si je n'ai pas suivi sa prescription, il va falloir que je le justifie. Après bien sûr, si ça me paraît	complètement discordant, je vais prendre un deuxième avis, et je ne vais pas suivre sa prescription. Premièrement, ne pas nuire. <i>Belle conclusion.</i>
---	---	--

8.8. Verbatim 5

Jeune remplaçant utilisant Twitter

<i>Premièrement, est-ce que tu peux raconter une situation clinique où tu as dû te renseigner avant ou pendant la consultation avant de prescrire une thérapeutique.</i>	de la Comète » sur Google, infection à pyemotes, donc dermocorticoïdes, etc. Je l'avais vu vaguement sur Twitter, vaguement il y a deux ans à peu près, mais je n'avais pas retenu ce diagnostic.	Non. Sur le plan médical c'est que Twitter. Enfin, et les barres de recherches, mais c'est tout. <i>Pas de revues ?</i>
C'est-à-dire, avant que le patient arrive ?	<i>OK, donc tu as fait un appel à un confrère pour t'aider immédiatement.</i>	Pas pour l'instant. Alors, ça m'est arrivé, ma sœur est aussi généraliste et inscrite à Prescrire, j'ai ses codes, et pour des pathologies qui me paraissaient finalement bénignes, vertiges et lithiases salivaires par exemple, j'avais l'impression de savoir mais en fait je prescrivais que des placebos à chaque fois, comme le TANGANIL pour les vertiges, un sialagogue pour les lithiases, que j'avais toujours prescrit comme ça, sans me poser de questions, et je me suis dit qu'il fallait que j'arrête de prescrire n'importe quoi, donc je suis allé voir les « Premiers choix Prescrire », et maintenant je n'en prescris plus.
<i>Non, disons que tu étais face à quelque chose que tu ne connaissais pas, ce qui a fait que tu as dû te renseigner avant de pouvoir prescrire.</i>	Pour le diagnostic, oui. Pour la thérapeutique, je l'ai trouvée sur internet, sur Google.	
D'accord. Pas plus tard que la semaine dernière, j'ai eu une patiente, mineure, qui avait une lésion cutanée scapulaire gauche, prurigineuse, d'apparition depuis quarante-huit heures, et l'aspect était très particulier, je ne retrouvais rien dans mon arbre décisionnel de dermato, je n'avais aucun critère qui m'orientait vers quelque chose de bactérien, mycosique ou autre, et en fait c'est en demandant conseil à un confrère d'SOS, en lui envoyant une photo, parce que j'avais un petit doute. J'étais persuadé que c'était parasitaire style gale ou autre, donc j'ai envoyé à mon confrère qui m'a dit « Ah, c'est le signe de la comète ! », et j'ai fait « Ah oui, c'est vrai », puis j'ai tapé « Signe	<i>Directement sur Google ?</i> J'ai tapé « Infection à pyemotes, prise en charge » et je suis tombé sur un des sites... Je ne sais plus lequel mais une société de dermato bien référencée, et « fiable », sur lequel je me suis basé. <i>C'est-à-dire, « fiable » ?</i> <i>C'est-à-dire que c'était écrit « Société française de dermato », donc ça me paraissait fiable, et le traitement n'était pas non plus fou, farfelu.</i> <i>D'accord. Sinon, en dehors de Twitter, est-ce que tu utilises d'autres médias pour te renseigner ?</i>	<i>OK. Donc Twitter surtout, rarement Prescrire ?</i> Juste deux fois en fait... <i>OK, Twitter surtout alors. Sinon c'est plutôt via des confrères, du bouche-à-oreille, des textos, et autres ?</i>

<p>Exactement.</p> <p><i>D'accord. Donc pas d'autres sources en dehors de Twitter et des confrères ?</i></p>	<p><i>OK. On va revenir sur tout ça, mais on va d'abord dézoomer et parler de toi, de ton réseau, pour voir s'il y a des éléments qui t'ont mené vers ce genre de sources. Est-ce que tu peux décrire ton réseau socio-professionnel, lors de ta formation, initiale puis continue ? Tes groupes d'amis, ton cercle amical, etc ? Est-ce que tu as eu des activités associatives ou autres ?</i></p>	<p>est néphrologue, plutôt que d'aller en voir un que je ne connais pas, je vais directement l'appeler elle.</p>
<p>Exactement. Ah non pardon, au temps pour moi, j'utilise aussi le site PrepECN, que j'utilisais quand j'étais interne et encore maintenant. Pas pour la partie thérapeutique, mais surtout pour le diagnostic : quel bilan faire, etc, sur les pathologies que je ne maîtrise pas. Je l'utilise presque quotidiennement.</p>	<p>Pas du tout.</p>	<p><i>Et si elle te donne un avis, tu vas le suivre ?</i></p>
<p><i>Pourquoi PrepECN ?</i></p>	<p><i>OK. Est-ce que tu as eu des groupes d'amis que tu as encore ?</i></p>	<p>Je vais en tenir compte. Parce que je considère qu'elle est dans sa spécialité, donc elle a plus de connaissances que moi. En fait, à partir du moment où je demande un avis, c'est que j'ai une confiance à minima dans sa réponse. Donc je vais en tenir compte.</p>
<p>Parce que c'est mis à jour, basé sur les référentiels de l'internat, qui me paraissent très fiables. Et parce que c'est payant, et qu'à partir du moment où c'est payant, j'ai l'impression que c'est plus fiable. Pour moi quand c'est gratuit, l'information est de moins bonne qualité.</p>	<p>Oui, alors, notamment deux potes, dont un toujours interne de spécialité, en pneumologie, et un autre généraliste comme moi, néo-remplaçant, avec qui je discute de problèmes, pas médicaux mais surtout tout ce qui est logistique, finance, etc. Tout ce qui est médical, je n'en parle pas avec mes amis, sauf s'ils sont spécialistes, néphrologues, etc. J'envoie une fois tous les six mois une demande d'avis, quoi. Sinon je n'ai pas de réseau particulier, non.</p>	<p><i>Et est-ce que en tant que médecin généraliste, tu penses qu'il faille critiquer les sources, ou est-ce que quand ça vient des spécialistes...</i></p>
<p><i>Pourquoi ?</i></p>	<p><i>Est-ce que tu dirais qu'il y a une proximité affective entre toi et ces spécialistes...</i></p>	<p>Ah oui clairement ! Enfin, sur les prises en charge diagnostiques, non, je n'ai pas les connaissances pour savoir qu'il faut faire tel ou tel bilan, par contre sur les thérapeutiques, sur le choix d'une molécule en particulier, je vérifie sur une deuxième, troisième source, pour vérifier l'absence de conflits d'intérêts.</p>
<p>Je ne sais pas. J'ai l'impression qu'il y a un travail derrière, pour satisfaire le client...</p>	<p>Ah oui, oui, c'est des amis avant tout avant d'être des confrères.</p>	<p><i>Sinon, ton cercle amical actuel, tu dirais qu'il est surtout en lien avec le secteur de la santé ?</i></p>
<p><i>Contrairement à un modèle subventionné par la publicité par exemple ?</i></p>	<p><i>Est-ce que tu vas particulièrement leur faire confiance parce que tu les connais ?</i></p>	<p>Clairement, ouais.</p> <p><i>Est-ce que tu envisages d'avoir un investissement dans le DPC, d'aller à des congrès, passer des DU, etc ?</i></p>
<p>Pas forcément, mais même sur un site internet classique, des sociétés françaises etc, je ne sais pas s'ils ont des publicités, mais bon, c'est peut-être psychologique, mais j'ai l'impression que quand je paye, je paye pour un service, donc il y a des mises à jour, donc je peux m'y fier.</p>	<p>Pas spécialement. C'est plus pour la facilité de contact avec eux. Parce que je les ai sous la main, c'est des amis avant tout. Comme j'ai une amie qui</p>	<p>Pas pour l'instant, mon premier objectif c'est ma thèse. Après, oui, j'ai envie d'aller plus loin dans la formation continue, qui est de toute façon obligatoire je crois.</p>

<p><i>Sous quelle forme ?</i></p>	<p><i>Donc ça va dans le même sens que ton réseau alors ?</i></p>	<p><i>Donc si je résume, pour intégrer une nouvelle thérapeutique à ta pratique, c'est d'abord en comparant avec la pratique des confrères que tu vas te poser des questions, puis aller chercher sur Twitter et PrepECN principalement.</i></p>
<p>Des DU. Un DU d'échographie d'abord, et peut-être, mais c'est plus pour l'aspect pécuniaire, et ça ne va pas aider l'image qu'on a du futur de la médecine générale, mais ce serait un DU d'esthétique. Pas toute, suite, mais dans les 5 ou 6 ans.</p>	<p>C'est ça.</p> <p><i>Sinon, comment dirais-tu que tu intègres de nouvelles informations, de nouvelles recommandations dans ta pratique ? Qu'est-ce qui pourrait t'amener à intégrer ou retirer une thérapeutique de ta pratique ?</i></p>	<p>C'est ça.</p> <p><i>Est-ce qu'il y a des évènements qui sont susceptibles de faire évoluer ta pratique, notamment les retours de tes patients ?</i></p>
<p><i>OK. Est-ce que tu penses que tes relations ont un impact sur le choix de tes sources d'information médicales.</i></p>	<p>Bonne question.</p>	<p>Ah oui, grave. Par exemple sur le tramadol ou codéine, si je vois que j'ai plus d'effets indésirables, je vais temporiser avant de prescrire les paliers 2.</p>
<p>Mes relations ?</p>	<p><i>Merci.</i></p>	<p><i>OK. Est-ce que tu penses que la façon de rechercher et comparer les sources soit différente en fonction de l'âge des médecins ?</i></p>
<p><i>Est-ce que tu penses que le fait d'avoir ton réseau d'amis dans le secteur de la santé influe sur la manière d'aller rechercher tes sources ? Est-ce que tu penses qu'avec d'autres personnes autour de toi tu irais chercher d'autres sources ?</i></p>	<p>Je ne sais pas quoi répondre. Si sur une pathologie, j'ai le choix entre trois thérapeutiques, je vais discuter avec des confrères, regarder si certains prescrivent plus ou moins, ça peut être un praticien plus jeune ou plus vieux, mais je vais me demander, est-ce que je le fais bien, est-ce que je le fais mal. Et là je vais me documenter sur Twitter, et PrepECN, et éventuellement la Revue du praticien. Mais ce n'est pas devant le patient que je vais me poser la question, car j'ai suffisamment confiance dans ma pratique personnelle. Ce que je prescris n'est pas très dangereux, c'est-à-dire que j'ai plus l'impression de prescrire plus, c'est-à-dire de manière « placebo » que toxique. Surtout, sur le « toxique », je suis de cette catégorie de personne qui prescrit le moins possible pour créer le moins de dépendance, et pas pour « faire plaisir ». Mais, pour mes prescriptions « placebo », j'ai l'impression d'en prescrire trop.</p>	<p>Clairement.</p> <p><i>Pourquoi ?</i></p>
<p>Bah... Ce qu'on a pas ne nous manque pas. Je ne vois pas à côté de quoi je passe... Ce que j'ai avec mes contacts actuels me satisfait.</p>	<p>Le gap générationnel, l'accès à la technologie, l'aisance technologique. Les codes sociaux, qu'on a de manière différente à chaque génération. Quoique. Sur Twitter finalement, ceux sur qui je me base pour les avis médicaux, ils ont plus de quarante ans.</p>	<p><i>Pas si clairement que ça alors ?</i></p>
<p><i>Je vais reformuler : est-ce que tu penses que vous partagez les mêmes valeurs professionnelles entre vous ?</i></p>	<p><i>Et est-ce que tu penses que tu vas donc te focaliser vers les sources qui sont elles aussi pro-EBM ?</i></p>	<p>Pas si clairement que ça, quand j'y réfléchis... En tout cas pour Twitter. Sur PrepECN, je sais que c'est</p>
<p>Exactement, oui. Clairement.</p>		

<p>globalement pour les moins de trente ans.</p>	<p>de bronchites, rhinopharyngites pour lesquelles je n'ai aucune indication à l'antibiothérapie, pour 75 % des personnes je reste très pédagogue en leur expliquant pourquoi l'antibiothérapie ne sert à rien, et éventuellement en leur donnant des traitements symptomatiques genre RHINOFLUIMUCIL ou autre, mais, il m'arrive, et là clairement je sens que ça dépend de mon remplacement, au début de mon cycle je prescris rarement, et à la fin de mon remplacement, je prescris à une fois sur deux de l'HELICIDINE, du RHINOFLUIMUCIL... J'en pleure intérieurement ! Mais je le prescris assez facilement sans dire à la personne que ça ne marche pas, en étant assez convaincu de ce que je fais, parce que je sais que je vais encore passer cinq minutes à leur expliquer. Parce que si je leur donne l'antibiotique ou rien, ils vont encore réclamer un antibiotique. Alors que si je leur donne quelque chose à la place de l'antibiothérapie, ils vont quand même être satisfaits, et se dire qu'ils ne sont pas venus pour rien.</p>	<p><i>Mais quitte à prescrire, autant choisir un « moindre mal » ?</i></p>
<p><i>Si des données de la science vont à l'encontre de ton expérience, quelle va être ton attitude ?</i></p>	<p>C'est ça.</p>	<p><i>Qu'est-ce que tu en penses ?</i></p>
<p>Je vais clairement me remettre en cause, et partir sur les données de la science. Arrêter ma pratique, ma prise en charge, et me baser sur les données actuelles de la science.</p>	<p>Que je suis une grosse merde. [rires] Je pense que celui qui ne prescrit jamais ces traitements... Je pense que ça n'existe pas, de pas prescrire, parfois, des traitements auxquels on ne croit pas, par facilité. On est tous obligés de passer par là, et de se dire, bon, vu que ce n'est pas « toxique », et que je le prescris pour une durée très limitée, cinq jours maximum, avec les bonnes consignes de surveillance, une réévaluation... Par contre je ne vais jamais dans la facilité de l'antibiothérapie. Ça je suis très regardant, je ne prescris jamais d'antibiotique si je n'y crois pas. Mais parfois, pour « calmer » le patient, même si ce terme peut-être mal interprété, je peux prescrire autre chose, en disant « voilà, vous n'aurez pas d'antibiotique, mais au moins vous aurez ça, vous n'êtes pas venu pour rien ».</p>	<p><i>Concernant la confiance que tu accordes dans les différentes sources, comment est-ce que tu sélectionnes, tes sources d'information susceptibles de modifier ta pratique ? Pourquoi Twitter ?</i></p>
<p><i>Et si un médicament est inefficace mais qu'il n'y a pas d'autre alternative, comment tu vas faire ?</i></p>	<p>C'est-à-dire ?</p>	<p>Twitter c'était une découverte fortuite. PrepECN c'est ce qui m'a permis de bosser l'internat et de l'échouer convenablement.</p>
<p>C'est-à-dire ?</p>	<p>Tu disais, « en début/en fin de remplacement ». Est-ce qu'on peut reformuler en disant début et fin de cycle, soit les périodes où tu vas être plus fatigué ?</p>	<p>Twitter c'était une découverte fortuite. PrepECN c'est ce qui m'a permis de bosser l'internat et de l'échouer convenablement.</p>
<p><i>Par exemple, il y a des personnes qui m'ont raconté lors des entretiens, que certains ORL, pour les VPPB, il n'y a que l'acétylleucine ou la bêtahistine à proposer, on se rend compte que c'est probablement des placebos, mais comme on n'a rien d'autre à proposer, on les prescrit quand même. C'est à peu près ce qu'ils disaient.</i></p>	<p>C'est ça. Les périodes où je vais lâcher du lest, être plus conciliant avec le patient.</p>	<p>Twitter c'était une découverte fortuite. PrepECN c'est ce qui m'a permis de bosser l'internat et de l'échouer convenablement.</p>
<p>Ça m'arrive parfois de les prescrire, tout en sachant que c'est un effet placebo. Mais je m'oblige même à le dire, ce qui est bizarre car ça casse un peu l'effet placebo, mais je dis clairement aux gens... Alors ça dépend des pathologies, mais pour les vertiges, je vais leur dire que je vais prescrire un médicament qui pour moi ne marche pas, mais ça ne coûte rien. Ce qui est paradoxal. Mais voilà. Mais, au lieu de ne rien donner, vous pouvez essayer ça, si ça ne marche pas vous arrêtez. Par contre, pour tout ce qui est des terrains</p>	<p>D'accord, ce qui va t'amener à prescrire... ... des choses auxquelles je ne crois pas.</p>	<p>Twitter c'était une découverte fortuite. PrepECN c'est ce qui m'a permis de bosser l'internat et de l'échouer convenablement.</p>

Et donc pourquoi leur fais-tu confiance ?

Par ce que je me rends compte que finalement, c'est mis à jour par des gens qui sont bien classés par l'ECN, pour une bonne partie. C'est en lien avec les référentiels. Parce que quand je vérifie en ayant bossé avec les référentiels pendant l'internat, c'est un résumé mais quasiment un copié-collé de ces référentiels. Et je pense que ces référentiels, à part ceux de pédiatrie et quelques autres, sont très EBM. La pédiatrie, pendant la crise sanitaire, ils ont produit des recommandations complètement hors sol sur la vaccination, l'isolement, etc. C'est Twitter aussi qui m'a ouvert les yeux sur ça, sur le côté fallacieux de leurs recommandations. Et Twitter donc c'était une découverte fortuite, pour rigoler au départ, j'ai commencé à suivre un, deux, trois médecins, et ensuite il y a des retweets, et finalement c'est une sphère privée, c'est une boucle, une suite de personnes qui suivent d'autres personnes, qui permettent de connaître plusieurs spécialités. Alors, je donne ma confiance à certains médecins qui donnent leurs avis, car quand je vois leurs tweets, ils ont toujours cette notion, ce socle d'EBM qui est mis en avant et qui me met en confiance. Et je vois surtout sur leurs avis sur les nouveaux articles, etc, ils sont rarement dans l'acquiescement quand il y a un nouvel article qui sort. Ils vont rarement dire « Super, hurra ! », comme Raoult par exemple. C'est souvent, je pense à 80 % des avis

négatifs. Ça me met d'autant plus en confiance de savoir qu'ils n'acceptent pas tout, même si c'est un cardiologue, il va se remettre en question, et ça me rassure.

Tu vas sélectionner une sphère d'influence sur Twitter qui est en accord avec tes valeurs, un peu comme ton cercle d'amis, que tu vas juger sur leurs publications, et sur la critique des données de la science ?

Oui, sur les commentaires qu'ils en font. Donc oui, sur une critique, oui.

Et pour en revenir aux référentiels, toi, est-ce qu'un référentiel c'est les données de la science à quelques rares exceptions près ?

Clairement.

Ou est-ce que ça a besoin d'être critiqué ?

Ah oui ça doit être critiqué. Mais est-ce qu'on a le temps, est-ce qu'on a la capacité, l'organisation pour remettre tout en question ? Au bout d'un moment je pense qu'on est obligés de faire confiance, même à tort, on ne peut pas être performants dans tous les domaines, on doit forcément faire confiance envers la supériorité du côté référentiel. Alors après, sur certaines molécules qui arrivent, on arrive à se remettre à jour, mais pour certaines autres molécules qui sont profondément cortiquées, si ça se trouve il y a des choses qu'on fait mal, mais c'est plus compliqué de les remettre en question. Par exemple le

paracétamol. Ça marche, mais est-ce que toi de ton côté t'es allé checker les quinze articles qui prouvaient que le paracétamol marche ? Ça fait partie des trucs qu'on a appris, qu'on prescrit car tout le monde fait pareil, mais on ne l'a pas vraiment vérifié. On le fait depuis le départ, et on n'a le temps de se mettre à jour que sur les nouveautés, pour tout ce qui est ancien, on a pas le temps de se mettre à jour.

Donc il y a dans ta pratique une grosse part d'empirisme et de mimétisme ?

Plutôt de mimétisme que d'empirisme.

Par contre pour une nouvelle molécule, tu vas estimer que tu as autant le droit que quelqu'un d'autre de la critiquer ?

Exactement. Enfin, c'est pas que j'ai le droit, surtout le temps. Je suis dans le timing, donc je peux me permettre de faire une pause d'une heure pour me renseigner. Mais je ne vais pas passer mon week-end à regarder pourquoi il faut prescrire du paracétamol.

Est-ce qu'il y a des sources, sur Twitter par exemple ou autre, que tu pourrais par principe écarter ou au contraire retenir ?

Oui, les comptes officiels de laboratoires par exemple. Les trucs un peu flagrants. Mais par contre, pour un compte particulier, qu'importe sa fonction, je lirais plusieurs fois ses tweets, je me noierais dans son fil Twitter pour regarder un peu sa pratique, pour juger. Après, ce qui est bizarre dans Twitter, ce qui est bien

mais aussi un peu malsain, c'est que... Par exemple il y a un réanimateur hyper connu qui dézingue toutes les nouvelles prises en charge par rapport au covid, en disant que rien ne marche, et qu'à part les protocoles d'oxygénothérapie ou de corticothérapie, il n'y a rien qui marche. Et ce mec-là, par exemple, il va en contact, il discute, et donne du crédit à d'autres personnes. Et indirectement, je vais me créer une bulle. Parce que pour moi, au départ, cette personne est sur un piédestal, et donc s'il fait confiance à d'autres personnes, ces personnes doivent être dans sa lignée. Par contre, s'il injurie un mec par rapport à ce que promeut l'autre personne, bah là cette personne-là, à chaque fois que je vais voir un de ses tweets, je vais réfléchir à deux fois avant de prendre au mot ce qu'il dit.

En gros tu vas pouvoir accorder presque automatiquement ta confiance par capillarité, en fonction de la confiance qui est accordée par des gens qui ont l'air d'être en accord avec tes propres valeurs professionnelles ?

C'est ça. En fait à partir du moment où il y a une personne envers qui j'ai quasiment toute confiance, même si je peux prendre par la suite mes distances s'il devient dément ou dit une connerie, mais à partir du moment où il y a une personne qui répond à mes critères de sélection, qui sont très drastiques, mais une fois que la personne est rentrée dans mon cercle, qu'elle a passé les gardes-fous, je ne me pose quasiment plus de questions sur elle. Ce qui peut-

être carrément dangereux, j'avoue, mais je prendrais moins de précautions avec ses tweets, avec ses relations, bonnes ou mauvaises.

C'est quoi tes gardes-fous ? T'en as parlé un peu, mais peux-tu les lister ?

À part l'EBM... Quasiment que ça. Alors, aussi... en fait, ça rentre dans mon critère de suivi de la personne... C'est con... mais sur Twitter, tous les médecins, mais pas que les médecins, que je suis, qui sont de gauche. Parce qu'ils sont en adéquation avec mes valeurs. Donc pareil, un mec de gauche, médecin, EBM, je lui ferai plus confiance par rapport à un mec médecin, EBM, mais qui retweete Eric Zemmour.

OK, donc on va compliquer un peu les choses : il y a deux sources différentes qui ont passé tes gardes-fous, sur Twitter, et tu suis toutes les deux comme tu disais les yeux fermés. Elles ont deux avis différents sur une même prise en charge. Comment est-ce que tu réagis ?

Très facilement : en regardant les commentaires. Ils se battent entre eux, et en général, 90 % des gens que je suis vont prendre parti pour une personne. Parce que sur 90 % des sujets sur lesquels ils se basent, je n'ai aucune connaissance ou aucun esprit critique. Donc je vais me fier aux commentaires des autres personnes, et quel camp. Sur le médical en tout cas. Sur tout ce qui est politique et autre, ce n'est pas le cas. Mais sur le plan médical, c'est vraiment en fonction du nombre de

« supporters ». Parce que sur Twitter, si deux personnes ont deux avis différents sur un même sujet, elles vont forcément se rencontrer au bout d'un moment. Il y a forcément des avis partagés, des retweets, etc. Donc normalement, ça va dérouler avec les commentaires des autres personnes, et je vais me faire une opinion selon ceux qui me paraissent les plus censés, les plus EBM, etc.

OK. Donc tu vas déléguer ta prise en charge à un vote...

... à un vote du public, ouais.

OK. T'as autre chose à rajouter sur le thème de la confiance accordée aux sources ?

Non, c'est bon.

OK. Au fur et à mesure de mes entretiens, j'ai pu formuler une hypothèse, je vais te la lire, tu peux me dire ce que tu en penses : « La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des valeurs professionnelles du praticien et de la culture des patients vis-à-vis de la thérapeutique ». Qu'est-ce que tu en penses ?

Je suis d'accord.

Ah.

Tu t'y attendais pas, hein ?

Ah si, sinon pour toi, quelles sont les valeurs professionnelles des confrères

<p>que tu vas attendre de tes confrères avant de leur demander un avis ?</p>	<p>extérieure, sans formation continue ni discussion avec d'autres confrères. Je pense que c'est ça qui différencie.</p>	<p>que telle personne ne fait pas partie de mon cercle.</p>
<p>C'est-à-dire ?</p>	<p>Ça, c'est peut-être plus la différence entre les façons d'exercer des différentes personnes, et les différentes façons de mettre à jour leurs connaissances. Est-ce que tu penses que derrière tout ça, il y a des valeurs professionnelles différentes ? Tu avais pris comme exemple l'indépendance tout à l'heure, vis-à-vis des laboratoires, l'EBM, mais il y en a d'autres : certains m'ont parlé de leur expérience à eux, de ce que vont dire les spécialistes de leurs réseaux, de ce que vont dire les visiteurs médicaux...</p>	<p>De me positionner. Même si ce n'est pas concret tu vas être capable de voir qu'il y a des gens qui ont des façons de penser différentes.</p>
<p>J'ai une mauvaise habitude, c'est que je regarde beaucoup la prise en charge des dossiers médicaux des autres, donc je trahis éhontément le secret médical, mais en regardant la prise en charge de certains confrères, je vais identifier les prises en charges. Du coup, si j'ai deux confrères différents à côté de moi en consultation, je vais aller spontanément demander l'avis de celui qui prescrit le moins de thérapeutique.</p>	<p>Ah oui, mais là il y a plusieurs biais qui pourraient parasiter une pratique quotidienne : l'épouse qui est cardiologue, les parcours parfois atypiques, dans l'humanitaire, etc.</p>	<p>Oui c'est ça. Je reformule donc ma question, qu'est-ce qui fait, pour toi, qu'il y a différents cercles qui existent ? C'est l'historique. Ce qui les a impactés dans leur vie professionnelle : si le mec a fait dix ans d'humanitaire, si sa femme est cardiologue, c'est très flou, mais le parcours de chacun.</p>
<p>Donc les valeurs qui soient proches des tiennes ?</p>	<p>Comment tu définirais une valeur professionnelle ?</p>	<p>Donc tu penses que c'est ton parcours qui t'a amené ce genre de valeurs ?</p>
<p>Exactement.</p>	<p>Bonne question. Je ne saurais pas répondre.</p>	<p>Oui. Et mon éducation. C'est-à-dire ? Quel type d'éducation ?</p>
<p>Donc tu reconnais qu'il y a plusieurs valeurs professionnelles, plusieurs groupes de valeurs, et à ton avis, quelle est la cause de ces différences de vision, de valeurs, de culture ?</p>	<p>Donc pour toi, c'est une entité assez abstraite, mais avec des répercussions concrètes sur une prescription, et que tu vas finalement être capable d'identifier en fonction des agissements, des prescriptions, des habitudes des confrères ?</p>	<p>La fessée, la ceinture... Nan, mais l'éducation je ne sais pas, c'est indirect. Mais l'honnêteté, au départ, c'est indirectement l'absence de conflits d'intérêts, ne pas se faire acheter... Je pense que si je prescris moins d'antibiotiques, c'est parce que j'ai eu une éducation que j'ai eue depuis tout petit. Ça peut paraître bête, parce que finalement l'antibiothérapie de Mme DUPONT va dépendre de l'éducation très droite que m'ont donnée mes parents.</p>
<p>Je pense que c'est la formation continue. Je pense que certains ont laissé tomber, et d'autres ont une pratique alternative, j'ai un confrère qui exerce en hospitalier, avec des internes, donc il a l'occasion de discuter avec des confrères, de se mettre à jour. Alors que d'autres médecins sont encrés dans leur pratique, sans aucune sortie</p>	<p>C'est ça. C'est quelque chose de flou, mais tu vas quand même être capable de dire</p>	<p>J'ai une dernière question : lors d'un entretien, une personne m'a dit que la</p>

<p><i>formation améliore la confiance en soi, qui elle-même évite le recours à de mauvaises sources d'information. Ce qu'elle voulait me dire, c'est que quand elle sentait qu'elle devenait moins compétente sur un sujet, elle perdait confiance en elle sur ce sujet, et avait tendance à aller chercher une source d'information qui n'était pas forcément la bonne pour donner satisfaction à son patient, et trouvait ça dangereux, car elle allait forcément devenir moins compétente sur un sujet, donc aller chercher la solution de facilité, et que</i></p>	<p><i>cette solution de facilité allait avoir tendance à s'inscrire dans sa pratique.</i></p> <p>Je suis d'accord avec cette personne, en théorie, sur cette solution de facilité, même si je n'y ai pas encore été confronté. Peut-être indirectement sans m'en rendre compte. Mais pour l'instant non.</p> <p><i>Mais tu penses que ça peut être un écueil, qu'au bout d'un certain moment, tu ne puisses plus avoir les compétences suffisantes, aller chercher une mauvaise source, et prendre cette source pour argent comptant ?</i></p>	<p>C'est assez abstrait. Je ne me vois pas lâcher prise dans le futur. Pour moi, l'EBM est quand même la base. C'est un peu flou.</p> <p><i>D'accord. Est-ce que tu aurais des choses à rajouter ?</i></p> <p>Non, pour l'instant, rien.</p> <p><i>[Rappel du sujet]</i></p> <p>Non, je ne vois rien à rajouter.</p> <p><i>Merci beaucoup !</i></p>
--	--	---

8.9. Verbatim 6

Couple avec trente ans de pratique médicale

<p><i>Est-ce que vous pouvez me raconter, chacun, une situation dans laquelle vous avez dû vous renseigner avant de prescrire une thérapeutique ? Une situation dans laquelle vous n'étiez pas à l'aise, et vous avez dû faire des recherches.</i></p>	<p>inférieurs, mais toujours essoufflé. Le cardiologue est consulté, mais il estime qu'il n'y a pas de problème, mais je connais bien le patient, il est sportif, ne se plaint pas pour rien... Donc je l'ai envoyé voir un autre cardiologue. Et j'avais vraiment envie de le mettre sous ENTRESTO. Donc le cardiologue a pris le dossier en charge, et l'a mis sous ENTRESTO. Le premier considérait qu'il n'y avait pas besoin, mais finalement depuis qu'il y est, ça a changé sa vie !</p>	<p><i>Tu utilises d'autres sources ?</i></p> <p>De temps en temps, internet, oui. Les sites professionnels. Je suis abonné à la Revue du Praticien, ce qui m'aide beaucoup. J'ai le site internet de la Revue.</p>
<p>A – C'est pas facile, pourtant ça arrive souvent quand même. Alors, je vais prendre l'exemple d'un de mes patients, âgé de 70 ans quand même, insuffisance cardiaque, un pace-maker, un peu d'artérite, et qui a déjà un traitement bien complet avec Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC), diurétiques, amiodarone, et surtout PREVISCAN. Et en fait il est suivi par un cardiologue qui considère qu'on est au <i>statu quo</i>, mais depuis plus d'un mois il a un essoufflement à l'effort, un peu d'œdème des membres</p>	<p><i>Donc là c'était un deuxième avis, ça t'arrives souvent ?</i></p> <p>De temps en temps, oui, car quand on connaît trop bien son patient, on ne l'écoute pas toujours. Celui-là, il ne se plaint jamais, donc lui, je pense qu'il fallait l'écouter.</p>	<p>B – Moi je vais parler d'un de mes patients de 91 ans, qui a une maladie de Vaquez, un adénome prostatique, et juste avant de partir en congés j'ai reçu un compte rendu de l'hôpital, d'une échographie, avec une énorme lésion, sans que le patient le sache. Il avait été vu par l'hématologue dans le cadre de sa maladie, l'hématologue avait vu une cholestase, donc il avait demandé un bilan. Je n'étais pas au courant, le patient non plus, donc vas-y pour trouver le correspondant qui va bien vouloir prendre le dossier, en plein</p>

mois d'août. Donc finalement j'ai contacté la gastro-entérologie, ça a traîné, et finalement ils m'ont rappelé deux trois semaines plus tard, mais finalement le patient n'a jamais été recontacté. Donc au final j'ai dû le renvoyer à l'hôpital. Mais en fin de compte la famille était inquiète. Et en plus, ils finissaient par se demander si c'était utile de faire d'autres explorations vu son âge.

A – Y a aussi que c'est les vacances.

B – Mouais...

OK. Donc pour cette situation, qui était finalement très complexe, tu es allé voir les autres spécialistes ?

Oui c'est ça, et aussi un peu sur des sites médicaux, mais là c'était compliqué.

D'accord. Donc là, je vais vous présenter un cas clinique très caricatural, général, qui vise surtout à voir ce que vous faites lors d'une situation d'incertitude thérapeutique, pour voir quelles seront vos méthodes de recherche privilégiée [lecture du cas clinique].

[A et B d'une même voix sans hésitation] : Le B.

D'accord, donc l'expérience clinique. Maintenant pour dézoomer, je vais vous poser des questions pour voir un peu votre parcours, votre formation initiale puis continue, etc. Est-ce que vous pouvez me décrire votre formation, vos groupes d'amis, réseaux, etc ?

A – Alors, à la fac, étant très sensible et émotive, ma famille a été étonnée que je réussisse médecine si facilement, donc en réponse je me suis obligée à prendre systématiquement les stages les plus difficiles. Donc j'ai fait des stages, comment dire, anxieux : réanimation, maladies infectieuses et tropicales, urgences, SMUR, cardiologie, pédiatrie, et j'ai fait beaucoup, beaucoup de gardes, car j'ai eu une fille très tôt en début de sixième année de médecine, donc on a fait beaucoup de gardes. Ensuite quand j'étais Faisant Fonction d'Interne (FFI) j'étais ici, à Cherbourg. Comme j'avais fait presque deux ans de réanimation, ça m'a permis finalement de pouvoir assurer les urgences cardiologiques, poser des voies centrales... c'est quelque chose que j'ai bien dominé pendant un certain temps. Ensuite des remplacements, compliqués car d'abord en campagne, à Barneville-Carteret, où on est vraiment seul. Très intéressant, les gens en campagne, c'est autre chose ! Ensuite j'ai remplacé en ville, à Querqueville la première fois, dans un centre, mais malgré le fait que ce soit un centre, on était chacun pour soi, et il n'y avait aucun partage de dossier, rien du tout... Là c'était de la médecine semi-rurale, on peut dire. J'ai appris beaucoup de choses, c'était assez dur, car on avait beaucoup de gardes de nuit, donc à un moment de vie mon mari et moi avons quitté ce cabinet, et nous sommes maintenant installés dans une structure avec des spécialistes, cardiologues, gynécologue, rhumatologues... Et c'est

une structure qui m'a apporté un grand confort. S'il y a un dossier étrange, perturbant, on peut aller voir les confrères...

C'est en réaction au fait d'avoir exercé seule ?

Ah oui. C'est important de bien choisir ses collaborateurs. C'est important, comme un mariage, voire peut-être pire ! [rires] L'avantage d'un cabinet de groupe, c'est quand même de partager, et d'avoir confiance dans les autres.

Et est-ce que tu avais des groupes d'amis, issus de ta formation continue, ou...

Alors, au début, non. Quand j'étais à Querqueville, j'étais vraiment isolée, donc j'ai fait des formations grâce aux visiteurs médicaux. J'avoue que les visiteurs médicaux, grâce à eux, ça nous permettait de rencontrer les autres, autrement on est enfermés dans son cabinet toute la journée, sans voir personne. Ensuite quand les enfants ont été plus grands, on a fait quelques congrès, et pas mal de soirées, avec des spécialistes. Et c'est vrai que de là, on a eu un carnet d'adresse très intéressant. Et c'est vrai que dernièrement, j'avais envie de partir de la région, fatigués du temps et de cette vie « travail, boulot, dodo ». Et ce qui m'a fait réfléchir et rester, c'est surtout notre carnet d'adresses. Et un carnet d'adresses ça vaut tout l'or du monde.

Et est-ce que ce carnet d'adresse fait partie de ton cercle amical ?

Ah oui, tout à fait. Il est très vaste, car grâce à la visite médicale, on a pu rencontrer des sommités, des gens très connus, qu'on peut appeler et qui nous répondent. Ça m'arrive d'appeler à Paris, Lyon, Chartres, où un spécialiste du diabète nous répond facilement... Et c'est vrai qu'on l'a oublié, mais avec la visite médicale, on ne gobe pas tout ce qu'on nous dit : on a des congrès à côté, on juge par soi-même. Mais la visite médicale, c'est grâce à elle qu'on s'est fait un beau cercle de correspondants, et un beau cercle d'amis. Et grâce à ça, on ne se sentait plus seul !

Et est-ce que tu penses que les relations amicales qui sont aussi professionnelles peuvent avoir un impact sur le choix de tes sources d'information ?

Alors, oui, et non. Je lis beaucoup, je suis tout le temps à l'affût, je suis abonné à la Revue du Praticien, que je lis beaucoup, et on a les fameux journaux qu'on reçoit, le Panorama du Médecin, toutes les lectures que je feuillette régulièrement tous les jours, et ça nous permet finalement de faire des jugements, car il y a toujours des nouvelles références, des nouveaux congrès qui sont décrits, et où ils parlent de l'intérêt de tel ou tel médicament. Et c'est vrai que la littérature nous apporte beaucoup de renseignements.

La littérature, c'est les sources que tu viens de citer ?

Oui, et en plus le Quotidien du Médecin.

B – Et ce qu'on voit aussi sur internet. On lit pas mal Égora aussi.

A – Oui, c'est vrai. Et pas mal de formation, dès qu'on peut en faire une on la fait. Dernièrement j'en ai fait une sur l'autisme chez l'enfant, que j'ai trouvé très intéressant.

C'était quelle formation ?

Sur un site internet, Je ne sais plus [recherche], c'est sur « GEMA/ICA ».

Complètement dématérialisé ?

B – Ah oui, complètement. C'est interactif, tu peux faire comme si tu interrogeais les patients, c'est très bien fait.

A – Pareil quand tu es abonné à la revue du praticien, il y a pas mal d'exercices aussi. Et je me rends compte que si j'en fais un, sur un site, et que B fait le même thème sur un autre site, finalement c'est la même chose.

Donc vous recoupez vous informations entre vous ?

B – Ah oui, et dès que j'ai besoin d'un renseignement je vais voir B.

Même quand vous avez une source qui vous dit quelque chose...

A – Oui, on en discute ensemble. Pour voir si on a les mêmes infos, si c'est la même chose. Moi j'écris tout. Tout ce dont j'ai besoin je le mets dans un

cahier. Les nouveaux traitements par exemple, l'acné par exemple c'est très codifié, donc paf, si j'ai un trou je prends mon cahier.

Pour avoir quelque chose de codifié, justement, vous allez chercher quoi préférentiellement ?

Alors... Maintenant, les jeunes étudiants qu'on a en formation nous ont donné un site, qui est pas mal, « Médikit », sur lequel il y a beaucoup d'informations. C'est vrai que c'est intéressant pour certaines choses. Par exemple des codifications, hop, là-dessus ça va plus vite !

Et est-ce que vous regardez qui abreuve ces sites-là ?

Ah, non. J'avoue, non. Par contre, c'est bien noté que c'est supervisé par les doyens des facs. Donc oui, c'est à priori un site créé pour les étudiants, surveillé par les facs.

D'accord. Donc même question pour toi, B.

B – J'ai suivi le même parcours donc pas grand-chose à ajouter. Je suis resté ensuite dans le même cabinet pendant treize ans avant de partir, pour libérer A des contraintes où elle s'était placée. Et on a créé ensuite un cabinet avec plus de place, où on se voit plus, ce qui est mieux pour la vie de couple, et avec en plus des spécialistes sur place. Et par la suite j'ai pu faire une formation de gynécologie par la suite, sinon j'aurais dû changer de métier. J'ai fait un DU de deux ans, tous les jeudis

matin je partais à quatre heures, pour revenir à vingt-deux heures le vendredi soir... Pendant un an. Puis six mois ici de pratique. Et ensuite, le fait qu'on s'entende bien avec les gynécologues du cabinet, c'est pas mal. Même la maternité m'adresse des femmes. À Paris, ça n'aurait pas été possible. J'ai gardé un exercice de médecine générale, mais quand même à 80 % constitué de gynécologie et pédiatrie.

D'accord. La proximité c'est quelque chose de très important pour vous renseigner ?

[Tous les deux] Ah oui !

Surtout maintenant qu'on est de moins en moins nombreux...

Et tes cercles, relations amicales, c'est les mêmes ?

Ah oui, oui, on a fait les mêmes congrès, les mêmes formations...

A – Et puis, notre groupe de pairs.

Votre groupe c'est tous les combien ?

B – Une fois par mois.

Et vous y allez tout le temps ? Régulièrement ?

Pas tout le temps, non. Parfois on travaille bien les dossiers, parfois non, pas du tout. Donc bon, c'est un peu... Il faut qu'on change un peu l'idée. C'est sûr qu'en plus tout le monde n'est pas sur la même longueur d'onde, en plus...

Maintenant je vais vous poser les questions pour vous deux, vous pouvez répondre tous les deux. Comment est-ce que vous intégrez les nouvelles informations, les nouvelles actualités dans votre pratique ? Pour intégrer, ou au contraire supprimer des traitements ?

A – Alors, quand quelque chose sort, j'ai toujours tendance à attendre un petit peu. Je suis Française, c'est-à-dire un peu attentiste. J'attends d'être sûr que le médicament soit bien efficace. Je ne me jette pas sur la nouveauté. Par contre, un médicament comme ENTRESTO, c'est quand même quelque chose qui a modifié la cardiologie, c'est un médicament où là je n'ai pas attendu, car c'est quand même pour l'insuffisance cardiaque terminale, et là on a pas grand-chose. Mais dans la pratique quotidienne, je laisse un petit temps pour voir un peu ce que ça donne. C'est vrai que si tout le monde fait comme moi, on ne va pas avancer !

B – C'est pas sûr, il y a de bons traitements anciens, qui reviennent !

A – Oui c'est vrai, on n'est pas has-been non plus !

C'est-à-dire, quels anciens traitements qui reviennent ?

Alors... Ceux pour quelques pathologies peu invalidantes, comme la constipation ? Enfin là je ne sais pas trop... Plein de vieux traitements, de vieux anti-inflammatoires comme le NIFLURIL ? Enfin là ça ne me revient

pas, mais il y a plein de choses qui reviennent à la mode !

B – Même chose pour moi. Enfin toi, tu lis beaucoup de choses aussi.

A – C'est vrai que pour revenir à la visite médicale, elle permettait quand même de nous présenter les dernières nouveautés.

Permettait ?

Oui, parce qu'on en a plus beaucoup maintenant. Avant ils venaient nous voir, et on était au courant très vite de toutes les nouveautés qui arrivaient sur le marché. Maintenant, il faut avoir des lectures, internet, enfin c'est différent. Les laboratoires avaient tendance à nous donner des, comment dire, des tableaux, avec l'intérêt de chaque, enfin tout ce qu'on devait savoir sur un médicament, les médicaments qui servaient pour la même pathologie, les effets secondaires, les contre-indications, c'est vrai qu'on avait tout ça. Je suis pro-visite médicale, parce que je trouve que ça nous a apporté beaucoup. Il fallait trier un peu dans la visite, certains laboratoires étaient très incisifs, mais bon, la plupart du temps, on nous présentait les sujets avec des études. Et c'était toujours appuyé sur des études. C'est vrai que pendant des années, c'était la seule chose, le seul moyen finalement de savoir, parce qu'on avait un peu de journaux, mais ça a évolué très, très vite, la place de la visite médicale était très importante, mais on n'avait pas internet, on travaillait très peu avec. Quand on a commencé, nous, c'était sur des

dossiers papiers. Et ces dossiers papier, ils ont duré longtemps, avant qu'on se mette à l'informatique. Là, on voit un changement total de la médecine.

Est-ce que tu dirais que la visite médicale était plus adaptée à l'époque pour faire des formations ?

À l'époque, je pense que oui. Mais là, ça a énormément changé. Je dirais que la visite médicale, là, nous permettait d'avoir un lien avec les spécialistes, et nous permettait finalement d'avoir une formation gratuite, et surtout : on a pas le temps de s'occuper de ça ! Et je pense que la visite médicale, c'était vraiment la possibilité d'avoir un lien, de ne pas se sentir seul, de rencontrer nos référents... Et puis c'était un moment agréable ! Là, quand je me forme derrière l'ordinateur, c'est quand même moins agréable que quand on avait la formation, et le repas après.

Ça apportait une convivialité également ?

Totalement. Et c'est très important. Et aussi, le fait d'avoir une formation, puis de manger ensemble, et échanger.

B – Et de découvrir les gens...

A – Oui, et de discuter avec le spécialiste, qu'il nous dise ce qu'il en pense, lui poser des questions, qu'il nous dise aussi les points négatifs...

On peut reformuler en disant que pour vous, la visite médicale était quelque chose qui non seulement vous permettait une formation adéquate, et personnalisée, et qui en plus pouvait

potentialiser votre réseau et vos interactions sociales avec les confrères ?

Tout à fait.

B – Oui, c'est ça.

OK. Est-ce qu'il y a des choses, dans votre pratique, surtout vu que vous avez répondu à l'exemple « B », est-ce qu'il y a des choses qui peuvent vous amener à retirer ou à plus prescrire un médicament ? Vous allez plus vous reposer sur votre expérience ?

Oui, c'est l'expérience qui fait tout.

A – Oui. Ça fait des années...

B – ...trente ans !

A – ...trente ans qu'on exerce, et c'est vrai qu'on connaît les patients, nous aussi on a pris des médicaments, et on s'est bien rendu compte que certains médicaments semblaient beaucoup plus actifs que d'autres, et puis... quand on constate cela, on a tendance à prescrire ce qui nous semble le plus efficace ! Je vais prendre un exemple tout simple, parlons du kétoprofène et du naproxène, et en fait très souvent, les gens à qui on met du naproxène trouvent que c'est bien moins efficace que le kétoprofène. Alors, ce sont des AINS de même classe, donc bon... Pareil, le paracétamol : certaines personnes trouvent que le DAFALGAN est plus efficace que le DOLIPRANE, donc moi j'écoute le patient, car mon mari est plus DOLIPRANE, moi plus EFFERALGAN parce que je trouve

que le DOLIPRANE ne marche pas bien... Donc bon, on a une sensibilité différente ! Donc bon, si un patient me dit que ça ne marche pas et qu'un autre qui est sensiblement le même fonctionne, bon bah je l'écoute !

Donc vous vous basez sur l'expérience de vos patients non seulement, mais également sur les vôtres ?

Ah oui. On a bientôt soixante ans chacun, et on a eu tout plein de pathologies, et on a vécu avec nos quatre enfants, donc on a vu des infections urinaires résistantes à tout sauf aminosides chez Y à un an, une septicémie chez Y à quatre ans, des convulsions avec traitement anti-épileptique chez X, des crises d'asthmes sévères, l'allergie à l'arachide avec le kit d'adrénaline dans la poche, donc on a vécu des choses qui font que c'était difficile pour nous, mais que c'était très pratique pour les patients !

Vous avez tiré profit de vos expériences personnelles dans vos habitudes de prescription ?

Tout à fait.

<p><i>Si les données de la science, ce que vous savez sur le médicament d'une manière ou d'une autre – revues, visite médicale, etc – si ça va à l'encontre de votre expérience, comment faites-vous ? Par exemple vous savez que des effets indésirables sont très rares, mais si vous en avez plusieurs dans votre patientèle et que vous en avez une vision déformée, comment allez-vous réagir ?</i></p>	<p>Ah oui. Il y a des choses qu'on n'aurait jamais utilisées, parce que certaines restent en tête. Que tel ou tel antibiotique est très dangereux, qu'il vaut mieux ne pas l'utiliser, et tout... et finalement, ça évolue. Et c'est vrai que finalement, le fait d'avoir des internes en formation, ça nous apporte aussi quelque chose, et c'est important.</p>	<p>allé aux formations, il était toujours présent. Certains médecins sont toujours en formation. Et d'autres, quel que soit leur âge, on ne les a jamais vus... Certains éprouvent toujours le plaisir d'apprendre, de se renouveler. D'autres vivent sur leurs acquis.</p>
<p>Intérieurement, je vais hésiter. Mais si c'est clairement le médicament adéquat, je vais le prescrire en expliquant bien au patient que s'il y a le moindre effet...</p>	<p><i>Et une manière différente d'aller rechercher l'information aussi ?</i></p>	<p><i>D'accord. Donc finalement le problème n'est pas tant l'âge que la curiosité ?</i></p>
<p>B – Par exemple certains sont très BACTRIM, moi j'y vais à reculons...</p>	<p>D'une certaine manière, oui. Parce qu'ils vont regarder les derniers tableaux, le site Médikit, et en fait on le voit tout de suite. Donc ce que je veux dire par là, c'est que finalement, le fait d'avoir des internes en formation, c'est donnant-donnant je trouve.</p>	<p>Tout à fait. Je pense qu'il y a des médecins âgés, qui sont toujours présents, qui ne sont pas vieillots dans leur manière de travailler.</p>
<p>A – Oui, alors que la jeune génération est beaucoup plus BACTRIM ! Alors que nous, on nous l'avait présenté comme un antibiotique très dangereux, avec des syndromes de Lyell, etc. On nous avait fait tellement peur avec le BACTRIM, et même les confrères de nos âges, en discutant avec eux, on a tous cette même idée ! Alors que la jeune génération l'utilise très facilement, surtout avec un antibiogramme. Donc ça, par contre, j'ai changé. J'ai évolué grâce aux internes qu'on a en formation. Je trouve que les internes, en les ayant en formation, ça m'a permis de changer ma vision de certaines choses, qui étaient restées bloquées à la période de mes études.</p>	<p><i>Et est-ce que vous pensez que la façon de rechercher et de critiquer les informations est différente selon l'âge des médecins ?</i></p>	<p><i>Pour vous, est-ce qu'il y a des freins particuliers, des barrières à l'accès à la documentation ? Certains ont cité le temps, la langue pour l'accès à la littérature scientifique primaire par exemple...</i></p>
<p><i>De mettre à jour des connaissances ?</i></p>	<p>[Tous les deux] Ah oui !</p>	<p>Oui, la langue c'est quand même plus long quand on lit en anglais. J'ai lu des articles pour la thèse de ma fille, c'est beaucoup plus long. On arrive à s'y retrouver, mais il suffit d'un petit mot et en fin de compte on va négativer la phrase, c'est pas toujours évident. Et puis j'arrive à un âge où je n'ai pas envie de m'embêter avec des langues. Surtout qu'on lit le soir donc en plus je suis fatigué.</p>
	<p><i>Pourquoi ?</i></p>	
	<p>Je ne sais pas.</p>	
	<p>B – Plus tu te rapproches de la retraite, moins tu t'investis...</p>	
	<p>A – Non, c'est pas vrai !</p>	
	<p>B – Ça dépend des médecins... ceux qui sont plus près de la retraite sont plus fatigués, ils ont moins envie de chercher.</p>	<p><i>Donc le temps, la fatigue, la langue... Vous voyez d'autres freins ?</i></p>
	<p>A – Moi je dirais ça autrement. Je dirais que même parmi les anciens, par exemple de Dr K, jusqu'au bout il est</p>	<p>Non, surtout le temps.</p>
		<p><i>La proximité avec les différents intervenants ?</i></p>

<p>B – Ouais. Même si avec internet, maintenant...</p>	<p>Oui, il n'a pas tort... mais il y a quand même des patients qui sont traités pendant des années avec ces médicaments et dès qu'on les arrête, ils sont dans un état incroyable, sans aucune explication.</p>	<p>Ils sont tellement anti-labos, je trouve qu'ils font vraiment... Si on les écoute, dans une trousse d'urgence, on doit avoir que de l'adrénaline, point ! C'est fou ! Même pas de la VENTOLINE ! J'ai été dégoûtée... C'était il y a bien cinq ou six ans. En fait selon eux, tous les médicaments qu'on utilisait c'était de la gnognotte. Vas-y, quand t'as un œdème aigu du poumon, j'en ai utilisé des ampoules de LASILIX ! On a une chance incroyable actuellement, c'est que beaucoup de pathologies ont disparu dans le cadre de l'urgence.</p>
<p><i>Donc l'accès aux technologies, alors ? Même si vous, vous les maîtrisez, ça peut être un frein ?</i></p>	<p><i>Je vous rapporte ce qu'avait dit un médecin lors d'un précédent entretien.</i></p>	<p>Maintenant, dans l'insuffisance cardiaque, les gens vont très, très loin, on gère avec les diurétiques. Mais à l'époque, en été, on savait qu'on allait voir plein d'insuffisances cardiaques, pleins d'œdèmes aigus du poumon...</p>
<p>Ah oui. <i>Et est-ce que vous voyez des choses qui peuvent aider ? Vous avez cité la convivialité...</i></p>	<p>Oui, oui, il n'a pas tort, il n'y a rien qui marche, en fait il faut être patient.</p>	<p>Les Anglais qui arrivaient et qui mangeaient des fruits de mer, et hop ! On avait plusieurs ampoules de LASILIX, car on savait qu'on pouvait en avoir plusieurs dans la nuit ! J'ai retrouvé ma trousse d'urgence, tu verrais, elle est grosse comme ça ! On avait des flacons... je la garde en souvenir, je la montrerai plus tard à mes enfants. C'était impressionnant tout ce qu'on avait ! On pouvait même faire des saignées, des ponctions d'ascite... C'est vrai que c'était impressionnant. Ça a changé.</p>
<p>A – Ah oui, ça c'est super. Internet c'est pratique mais ça ne vaut pas la convivialité. Et puis on peut parler d'autres sujets, d'autres sujets médicaux, présenter des dossiers, un qui nous a perturbé, c'est intéressant.</p>	<p><i>OK. Et pour la confiance que vous accordez à vos différentes sources. Comment allez-vous les sélectionner ? Vous avez d'autres spécialistes référents si j'ai bien compris, comment allez-vous les sélectionner, comment allez-vous accorder votre confiance ?</i></p>	<p>Je vais essayer de reformuler, je peux me tromper complètement. Vous avez arrêté de lire Prescrire, car elle véhiculait des valeurs professionnelles en désaccord avec les tiennes ?</p>
<p><i>Toujours pour l'intégration des nouvelles données à la pratique, un exemple m'a été donné : un médecin était avec un ORL, qui disait que pour les VPPB, on sait qu'il y a le TANGANIL, mais finalement, plus il y a d'études, et plus on voit que ça a l'air d'être un placebo...</i></p>	<p>B – Le relationnel déjà. Les résultats qu'ils ont. Et la prise en charge des patients.</p>	<p>Le retour clinique ?</p>
<p>Tout à fait.</p>	<p>Ah ouais.</p>	<p>A – Oui c'est ça.</p>
<p><i>Voilà. Mais il disait, ce médicament est inefficace, mais comme il n'y en a pas d'autres, on le prescrit quand même. Vous, qu'est-ce que...</i></p>	<p><i>D'accord. Par principe, est-ce que vous allez retenir ou écarter certaines sources ?</i></p>	<p>Oui. Prescrire par exemple. Je trouve qu'ils sont, comment dire, j'ai été abonnée longtemps... Je trouve qu'ils sont...</p>
<p>[Tous les deux] Pareil.</p>	<p>B – Intransigeants ?</p>	<p>A – Intransigeants... Comment dire. J'ai été abonnée deux ou trois ans, et à un moment j'ai tout déchiré, tout jeté.</p>
<p>Si on ne met rien, le patient ne comprendra rien, et aura l'impression qu'on n'a rien fait. Alors après, inefficace... Point d'interrogation. Y a des gens qui, quand même...</p>	<p>A – Intransigeants... Comment dire.</p>	<p>Je vais essayer de reformuler, je peux me tromper complètement. Vous avez arrêté de lire Prescrire, car elle véhiculait des valeurs professionnelles en désaccord avec les tiennes ?</p>
<p><i>Selon les études, inefficace.</i></p>	<p>A – Intransigeants... Comment dire. J'ai été abonnée deux ou trois ans, et à un moment j'ai tout déchiré, tout jeté.</p>	<p>Je vais essayer de reformuler, je peux me tromper complètement. Vous avez arrêté de lire Prescrire, car elle véhiculait des valeurs professionnelles en désaccord avec les tiennes ?</p>

<p>Tout à fait. Et j'ai l'impression qu'ils veulent tellement montrer qu'ils sont extérieurs aux laboratoires, qu'ils en viennent même à refuser certaines médications qui sont utiles, parce qu'il faut qu'ils soient plus propres que propres. Ils vont trop loin.</p>	<p><i>étant donné que les données de la science sont censées être les mêmes ?</i></p>	<p><i>traitement de ces données à une autre couche. Certains délèguent à Prescrire, et vous vous allez déléguer à d'autres, la Revue du Praticien, ou d'autres spécialistes, etc ?</i></p>
<p><i>Trop loin dans ?</i></p>	<p>C'est compliqué...</p>	<p>Oui. Et aussi ce que l'OMS dit, c'est une valeur assez sûre. La HAS, aussi.</p>
<p>Bah...</p>	<p>B – C'est la colle...</p>	<p>Même si on a été en avance sur eux pour pas mal de choses, à une époque</p>
<p><i>Dans l'indépendance ?</i></p>	<p>A – C'est la personne qui écrit qui interprète ?</p>	<p>pour les anti-hypertenseurs, la HAS préconisait de ne pas utiliser certains</p>
<p>Oui. Et puis dans tout ce qu'ils excluent.</p>	<p><i>C'est une interprétation des données de la science plutôt qu'une retranscription ?</i></p>	<p>anti-hypertenseurs avec d'autres, et finalement les cardiologues l'ont fait</p>
<p><i>Ils ne sont pas assez en raccord avec le terrain ?</i></p>	<p>Je pense, oui.</p>	<p>avant, je veux parler des sartans et des inhibiteurs calciques : il ne fallait</p>
<p>Ouais. Pas assez en accord avec le terrain. Et puis ils sont tellement anti-tout, très anti-tout. Quand tu regardes</p>	<p>B – Parce qu'ils n'ont pas les mêmes sources.</p>	<p>jamais les mettre ensemble, et finalement les cardiologues l'ont fait</p>
<p>Prescrire, pratiquement tous les médicaments qui sortent actuellement ne servent à rien, pas vrai ? Et quand tu vois les progrès qu'on a faits, je vais prendre tout simplement le psoriasis, le rhumatisme psoriasique, c'est impressionnant tous les patients qui étaient couverts de psoriasis partout, quand je vois toutes les nouveautés, il y en a plein qui ont été dénigrés par Prescrire.</p>	<p>A – Nan, parfois c'est les mêmes sources interprétées différemment. Un diagramme, par exemple, il peut être interprété différemment.</p>	<p>ça marche très bien. La HAS évolue parfois un peu moins vite que ce qui est</p>
<p><i>Et pourtant, dites-moi si vous êtes d'accord, chaque revue essaie d'être un filtre entre les données de la science et le médecin généraliste ?</i></p>	<p><i>Donc des interprétations différentes des mêmes données. Et vous vous allez déléguer ces traitements des données de la science à des intermédiaires qui seront plus en accord avec vos valeurs ?</i></p>	<p>fait en réalité, c'est-à-dire que sur le terrain, il y a des moments où on est</p>
<p>Oui.</p>	<p>C'est compliqué, parce qu'on peut pas vraiment le faire... On va quand même...</p>	<p>obligés d'anticiper, on va, sans le vouloir, anticiper ce que la HAS va dire</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>B – Avec notre jugement quand même.</p>	<p>quelques années après. Mais c'est parce que l'expérience fait qu'on sait que, si</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Ah oui, le jugement est autre chose.</i></p>	<p>ces deux-là ne vont pas ensemble, il nous reste ces deux-là, et finalement ça</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>A – Oui, tu veux dire, comment on va se tourner plus vers l'un que l'autre ?</p>	<p>marche. Pour les statines, il y avait des données de la HAS pour l'utilisation</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Oui, et ensuite votre jugement va intervenir, mais au départ, vu la difficulté d'accès aux données de la science, vous allez déléguer le</i></p>	<p>des statines, qui ont été sous-utilisées, et en fin de compte on prescrivait</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>beaucoup plus vite ce qu'ils avaient toléré. Maintenant, les doses c'est</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>encore pire. Maintenant pour certaines pathologies, il faudrait être en dessous</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>de 0,7 de LDL. Ça évolue. On s'est rendu compte que ça ne collait pas, et</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>qu'il fallait monter. C'est vrai que parfois on est hors-recommandations.</p>
<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p><i>Comment expliquez-vous qu'il y ait une telle différence entre plusieurs revues,</i></p>	<p>Et on a des tas de médicaments qui sont</p>

<p>hors recommandations, mais il n'y a pas le choix, y a rien d'autre !</p>	<p>à l'hématologue qui ne savait pas non plus, il m'a dit qu'il allait rechercher, et bah j'attends toujours...</p>	<p>parce que bon, j'ai l'impression d'entendre un peu nos anciens patrons, quand on était à Nancy, on avait des patrons, c'était vraiment des têtes.</p>
<p><i>Tu en as parlé un peu, justement : si vous avez deux sources qui diffèrent, deux que vous avez l'habitude de suivre, une qui dit A, l'autre qui dit B. Comment est-ce que vous allez choisir ?</i></p>	<p><i>Donc encore une fois la délégation aux autres spécialistes ?</i></p>	<p>B – Et abordables.</p>
<p>Alors, soit ça va être selon notre pratique, selon ce qu'on a vu, selon l'efficacité. Mais si c'est deux sources qui diffèrent, ça pose un cas de conscience.</p>	<p>Oui, mais on n'a pas le choix ! Je n'ai pas envie de faire une bêtise, majorer un médicament en mettant d'autres problèmes sur le dos du patient...</p>	<p>A – Oui, et abordables. Alors, on peut faire des erreurs, c'est sûr, mais c'est quand même des gens de valeur à qui on peut probablement... enfin, on peut avoir confiance.</p>
<p>B – On va trouver une troisième source !</p>	<p><i>Quand vous avez plusieurs sources, c'est quoi vos critères de confiance ou méfiance envers les données médicales ou leurs intermédiaires ?</i></p>	<p><i>Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur la confiance dans les sources ? La manière dont choisir ses sources, et le fait que ce soit différent de médecins en médecins ? Que certains vont se tourner vers une source, d'autres vers une autre ?</i></p>
<p>A – Oui, on va trouver une troisième source, dernièrement en dermatologie on avait un truc assez compliqué et on ne savait pas trop quoi faire. Et c'est le Dr Z qui nous a aidé. Mais c'est vrai que c'est compliqué. Et parfois il n'y a pas de réponse.</p>	<p>Je dirais, des revues reconnues. C'est important.</p>	<p>Je pense que ça dépend si on travaille seul, on a tendance à regarder la littérature, et tout. Quand on aime bien pouvoir en discuter avec quelqu'un, on va pouvoir essayer de trouver une source qui s'y connaît bien. Moi ça m'arrive, par exemple dans la maladie de Rendu-Osler, il y a un énorme centre en France, à Paris, et ce professeur qui s'occupe de référencer tous les patients que je suis. J'ai deux familles avec cette maladie terrible, avec des complications pulmonaires, et donc il y a un immense centre à Paris, et ce qui est super, c'est que le grand patron qui s'occupe de ça a plusieurs personnes dans le domaine du Rendu-Osler. Pneumologues, cardiologues, dermatologues, tout ça. Et ce monsieur, je peux l'appeler, et j'ai toutes les informations. Là, j'ai eu un souci énorme, j'avais hospitalisé une patiente</p>
<p>B – On demande au patient aussi, si ça lui convient.</p>	<p><i>La réputation, donc.</i></p>	
<p><i>Le retour clinique à nouveau</i></p>	<p>Oui, toujours. Mais il faut aussi s'en méfier, regarde le docteur RAOULT... et pourtant, bon, considéré comme un grand scientifique ! Le livre qui est paru sur lui est pas mal. Donc c'est vrai qu'on a de la chance, on connaît quelques têtes, des personnes assez incroyables. Ici, on a le Dr Y, à qui on fait confiance les yeux fermés ! Un autre, au niveau médecine interne, Dr V, il est interniste, c'est triste qu'il soit dermatologue car c'est un puits de science. Il y a des personnes comme ça, qui sont toujours en train de rechercher, toujours en avance sur nous tous, et on peut leur poser des questions. J'ai jamais pu coincer le Dr Y.</p>	
<p>Oui.</p>	<p><i>Des leaders d'opinion ?</i></p>	
<p>A – Et ça m'est arrivé de ne rien mettre et d'attendre, quand ce n'est pas grave, voir un peu plus tard.</p>	<p>Ah oui ! Et puis, c'est tellement clair quand ils t'expliquent ! Ça fait du bien,</p>	
<p><i>Vous temporez pour rechercher une source ?</i></p>		
<p>C'est ça. J'avais un monsieur qui avait de l'acide urique, je ne pouvais pas lui ajouter de traitement, car il avait un problème hématologique, j'ai téléphoné</p>		

<p>qui avait des angiomes sur la langue, qui saignait beaucoup. Aux urgences personne ne savait ce qu'il fallait faire, et en fin de compte il a simplement fallu l'appeler, ce n'était même pas une histoire de médicaments, mais il a expliqué ce qu'il fallait faire. Tout ça pour dire que ça vaut le coup parfois d'aller voir un centre spécialisé, par exemple pour l'endométriose...</p> <p><i>Le niveau de spécialisation de l'interlocuteur est important dans la confiance que vous allez lui accorder ?</i></p> <p>Ah oui.</p> <p><i>Si c'est quelqu'un de très spécialisé, vous allez lui faire confiance.</i></p> <p>Oui, tout à fait. S'il est réputé, bien sûr.</p> <p><i>Donc la spécialisation, et la réputation.</i></p> <p>Et surtout, aussi, la prise en charge de la maladie. C'est pas qu'un angiome, c'est une atteinte complexe, et il y a toute une équipe.</p> <p><i>Tout à l'heure quand on parlait des vertiges, tu disais à peu près que le patient, s'il n'y avait pas de médicament, il fallait quand même lui en donner un. Je voudrais revenir dessus, sur la culture des patients vis-à-vis de la thérapeutique. Est-ce que vous pensez que ça joue aussi sur votre manière de prescrire ?</i></p> <p>Oui</p> <p>B – Oui.</p> <p>A – Alors, c'est un peu triste, beaucoup de gens viennent, car ils ont envie de</p>	<p>médicaments pour régler certains problèmes, alors que parfois il n'y a pas besoin.</p> <p>B – On sait que certains, s'ils repartent sans rien, ils vont revenir...</p> <p>A – Il y en a d'autres, on sait qu'ils vont venir dix fois pour la même chose, et c'est vrai qu'il y a quelques années, on avait des placebos ! Des gélules que le pharmacien faisait, et on mettait du sucre dedans ! Et ça marchait ! C'était incroyable ! Et en fait, ça ne valait rien du tout, mais les gens étaient guéris. C'est vrai qu'il y a des personnes, malheureusement, alors là on parle du TANGANIL, moi je pense que ça doit marcher quand même sur certaines personnes. Il y a des personnes, on leur donnerait un placebo, ce serait pareil. Alors, les médecines alternatives ont un beau rôle aussi. On a de plus en plus d'hypnothérapies, on peut faire de la méditation, et c'est utile. Plus ça avance, plus on l'utilise.</p> <p><i>Donc la culture du patient vis-à-vis de la thérapeutique c'est quelque chose de très important...</i></p> <p>B – D'ancrée.</p> <p><i>C'est quelque chose d'ancré, donc vous allez soit discuter, soit leur donner, même si vous savez que ça ne sert pas à grand-chose, voire-même à rien.</i></p> <p>Oui, ils seront rassurés.</p> <p>A – Quand tu as des patients qui viennent dix fois pour la même chose, oui, ils sont rassurés. Mais maintenant</p>	<p>on a des thérapeutiques qui peuvent être très utiles.</p> <p>B – Quand tu ne mets que tu DOLIPRANE, tu les revois deux jours après parce que ça ne va pas mieux.</p> <p><i>Est-ce qu'il y a un problème de réputation, que ce médicament perde de son efficacité, car il serait trop connu ?</i></p> <p>A – Ah oui, beaucoup de gens pensent que ce n'est pas efficace, alors que ça l'est. Mais le problème je pense aussi, c'est que la société n'accepte pas de souffrir. On a mal au dos, eh bien il faut marcher une demi-heure et on a plus mal, mais certaines personnes consultent pour ça ! On a un peu mal aux mains, et les gens consultent pour ça... On est dans une société maintenant où on ne veut plus avoir mal, plus souffrir, et où on doit pouvoir enlever tous les maux, il faudrait même rajeunir !</p> <p><i>La relation au médicament, pour vous, c'est quelque chose de sociétal ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>Et qui va intervenir sur la forme de vos prescriptions.</i></p> <p>Oui. Les jeunes ont tendance, dans l'ensemble, à moins consommer. Ils sont plus anti-médicaments.</p> <p><i>Anti-médicaments ?</i></p> <p>Comment dire. Ils ne veulent pas avoir de drogue dans leur corps. Ils ont envie que ce soit quelque chose fait</p>
---	---	---

sainement, ils demandent beaucoup plus de plantes. Et c'est vrai qu'il y a une différence entre nos anciens, et les jeunes.	Oui.	omnibusés par leur domaine qu'ils en oublient tous les autres. Il va falloir être attentif, ça va être votre rôle, de faire attention à ça, vous les nouveaux généralistes. Donc la réputation, la confiance... Et puis, c'est ce que je dis à mes patients : je vous envoie chez quelqu'un chez qui j'irais sans problème, sans arrière-pensée. Et ça je ne le dirais pas pour tout le monde. C'est très personnel.
<i>A force de faire des entretiens, j'ai essayé de formuler quelques hypothèses, vous allez me dire si vous êtes d'accord, et éventuellement si vous avez des choses à rajouter. « La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des valeurs professionnelles du praticien, et de la culture de ses patients vis-à-vis de la thérapeutique ».</i>	<i>Pour vous, on peut peut-être aussi ajouter le mode d'exercice, car le fait d'exercer seuls semblent avoir formé quelques valeurs.</i>	<i>Et sur quoi tu bases cette confiance ?</i>
Oui	Oui, totalement.	B – Les résultats cliniques, les rapports qu'on a avec la personne.
B – Ouais, c'est ça.	<i>Et pour vous, quelles sont les valeurs des confrères vers lesquels vous vous tournerez préférentiellement pour avoir un avis, justement ?</i>	A – Et les gens, ils racontent. Tu les écoutes. Quand tu as une fibromyalgie par exemple, tu ne peux pas l'envoyer à n'importe qui. C'est enfin reconnu par la sécurité sociale, mais ici, tu ne peux pas les envoyer à grand monde. Moi je les envoie à Caen.
<i>OK. Une autre, « La formation continue améliore la confiance en soi, qui elle-même évite le recours à de mauvaises sources d'information »</i>	J'envoie des patients vers des gens que j'aimerais voir. Qui aiment leur métier. Quelqu'un qui est avant-gardiste, qui sait évoluer avec le temps. Car tu as des spécialistes qui n'évoluent pas. Là on en a un qui n'évolue pas du tout avec les nouvelles thérapeutiques. Moi je l'aime bien, pour un geste je vais lui envoyer, mais certaines pathologies je sais que je ne lui enverrai pas. Donc je dirais ça, et puis... Surtout l'histoire de confiance. Mais la confiance parce que c'est quelqu'un que... je considère qu'il en sait beaucoup plus que moi.	<i>Je pense qu'on a fait à peu près le tour. Avez-vous des choses à rajouter ?</i>
A – Tout à fait.	Nous on doit être bons en tout, mais eux doivent en savoir plus sur leur spécialité. Il y a une chose qui me perturbe, c'est que maintenant les spécialistes sont tellement spécialisés dans leur domaine qu'ils ont tendance à oublier les autres organes. Alors je l'ai vécu à Nancy, et c'est quelque chose qui ne va pas. Ils sont tellement	Non.
<i>« L'accès à des sources de qualité demande un investissement conséquent »</i>		<i>[Rappel de la question]</i>
Oui		Non, rien.
<i>« L'éducation et le parcours déterminent une pluralité de valeurs professionnelles »</i>		B – C'est déjà pas mal !
		A – Et très compliqué !
		<i>Merci beaucoup !</i>

8.10. Verbatim 7

Médecin impliqué dans les politiques de santé locales

Premièrement, pouvez-vous raconter une situation clinique où vous avez dû

vous renseigner avant ou pendant la

consultation pour prescrire une thérapeutique ?

<p>Alors... Il y a un domaine très délicat, qui est celui des traitements anti-parkinsonniens, par exemple, où on peut être en difficulté et en demande d'aide « technique » du spécialiste sur l'adaptation des traitements... Après, dans le domaine de la santé mentale aussi... J'essaie de voir les trois grands chapitres, en troisième je mettrai les insuffisants cardiaques, aussi. Et dernière chose, c'est dans les affaires de maladie infectieuse, c'est généralement, selon les examens complémentaires qu'on peut avoir à disposition ou pas, comment on peut faire un traitement probabiliste adapté sans compliquer la suite des examens... Voilà, c'est surtout dans ces domaines-là.</p>	<p>va pas bien, et qu'il n'a un rendez-vous que dans six mois, ce n'est pas confortable, donc j'essaie d'avoir une réponse.</p>	<p><i>On va revenir sur les exclusions, mais pourquoi ?</i></p>
<p><i>D'accord. Est-ce que vous auriez un exemple, dernièrement, de situation où vous étiez en difficulté ?</i></p>	<p><i>Est-ce que je peux reformuler en disant que les médecins généralistes, dans certains domaines, ne sont pas ou peu légitimes à donner leur avis sur certaines thérapeutiques ?</i></p>	<p>Car je ne suis pas dans la caricature, et pour moi Prescrire c'est une caricature.</p>
<p>C'était un traitement de santé mentale. Un switch d'anti-dépresseur, en cours.</p>	<p>Dans aucun domaine on peut prétendre tout savoir ! Il faut connaître nos limites, rester humbles, et quand on ne maîtrise plus la question, il faut voir ce que l'on fait pour palier à ce manque. Soit on estime qu'il faut passer la main à un confrère, car je vois ça avant tout comme une histoire inter-humaine, et pas que comme technique pure. Après, pour quelques recommandations dans tel ou tel domaine, on peut toujours avoir accès aux dernières informations pertinentes. [Il montre son ordinateur]</p>	<p><i>C'est-à-dire ?</i></p>
<p><i>Et quelle source avez-vous utilisé ?</i></p>	<p>Sur internet par exemple ?</p>	<p>Ce n'est pas du tout adapté à la pratique de mon point de vue. J'ai horreur de cette revue, très clairement, je l'assume.</p>
<p>Mon téléphone. Le spécialiste.</p>	<p>Par exemple.</p> <p><i>[Lecture du cas clinique]</i></p>	<p><i>D'accord, et donc vous avez dit que l'expérience, « B », se base sur « A », les recommandations et avis d'experts ?</i></p>
<p><i>D'accord. Avez-vous comparé cette information, même à posteriori, avez-vous fait des recherches ?</i></p>	<p>B, puis A, dans l'ordre. C'est très clair.</p> <p><i>D'accord, donc plutôt...</i></p>	<p>Oui, sûrement, et l'échange. Car ils ont des relations avec d'autres confrères spécialistes. On essaie de voir ce qui est le plus pertinent, adapté à nos pratiques, même locales, pourquoi ne pas le dire ?</p>
<p>Alors souvent je me pose des questions et je fais des recherches dans des domaines que je connais bien, et dans lesquels je m'autorise à faire des adaptations thérapeutiques. Sans un passage obligé vers le spécialiste. Ou, quand c'est une spécialité qui est inaccessible, je pense à la neurologie par exemple. Quand un parkinsonien ne</p>	<p>Le partage.</p> <p><i>Et l'expérience personnelle, le retour de pairs...</i></p> <p>Parce qu'on peut espérer que ce qu'on partage c'est ce qu'on sait faire, donc on ne l'invente pas. On l'a certainement lu dans « A ». « C »... c'est complètement exclu pour moi.</p>	<p>Il y a certaines façons de faire, et c'est bien qu'on soit en phase. Et s'il y a une nouvelle façon de faire, c'est bien qu'on la partage et qu'on dise pourquoi. J'ai un exemple très concret : un cancer du sein. On arrive à se demander, « est-ce qu'on opère ou est-ce qu'on fait une chimio préalable ? ». Dans certains cas, on a dit qu'on n'allait pas opérer mais faire une chimio, car c'était dans les nouvelles recommandations, qui venaient d'être validées. On est allés chercher les informations, et on a pu l'expliquer à la patiente. Le chirurgien avait d'abord dit « On opère », puis, après, la RCP est revenu dessus, et donc c'était à moi d'expliquer ce revirement de stratégie, qui peut étonner l'intéressée, donc c'est bien qu'on puisse échanger sur ces innovations. Et ensuite il y a la relation</p>

<p>entre le généraliste et son ou sa patiente, qui aide à expliquer certaines décisions thérapeutiques qui ne sont pas évidentes, et qui n'auraient pas été bien comprises, ou une décision sur laquelle on serait revenue, mais c'est ça la médecine aussi, on a pu le constater pendant la crise du covid-19, un jour on disait blanc, le lendemain on disait noir, il fallait expliquer ça aux gens, nous on connaît ça très bien, on a eu les bêta-bloquants qui étaient contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque, et d'autres exemples comme ça.</p>	<p>partager l'attitude qu'on a eue, et voir comment auraient fait les autres.</p>	<p>Certains, mais pas tous, non. On a des relations amicales au sens où l'on va mettre dans le courrier, « cher ami », ce que je ne mets pas si c'est quelqu'un que je déteste, mais ce n'est pas forcément de l'amitié.</p>
<p><i>D'accord. Pour dézoomer un peu, je vais vous poser quelques questions sur votre réseau professionnel, et sur votre formation et parcours. Pouvez-vous décrire votre implication dans vos relations socio-professionnelles, lors de formation initiale, puis continue, etc ?</i></p>	<p><i>Est-ce que lors de ces formations, vous aviez des groupes d'amis, y compris dans la formation initiale, qui perdurent maintenant ?</i></p>	<p><i>Vous ne l'inviteriez pas forcément chez vous ?</i></p>
<p>Au début de mon installation je faisais partie d'un groupe de formation médicale continue sur Caen, j'ai assisté à des formations, dans le cadre des différentes évolutions des FMC, ça m'est arrivé d'y participer, pas toujours régulièrement mais ça m'est arrivé. Le meilleur enseignement que j'ai pu avoir, c'est quand j'ai fait mon diplôme de capacité en gériatrie clinique, je suis gériatre, et pour moi c'était une nouvelle façon d'aborder la thérapeutique, adaptée à la personne âgée, mais aussi une nouvelle façon de suivre les traitements en général. Là je fais partie d'un groupe de pairs, pas un groupe qualité mais un groupe de pairs, où l'on vient avec nos cas cliniques,</p>	<p>Oui, oui.</p>	<p>Non pas forcément. Et il y a d'ailleurs des gens auxquels je reconnais de grandes compétences, que je n'oserais pas inviter. Mon éducation fait que je respecte certaines procédures.</p>
<p><i>D'accord. Diriez-vous qu'il y a une proximité affective entre vous et les personnes que vous avez l'habitude de solliciter ? Par exemple les autres spécialistes, est-ce que ce sont des gens proches, ou pas du tout ?</i></p>	<p><i>Est-ce que vous iriez jusqu'à dire que votre cercle amical actuel est surtout en relation avec le secteur de la santé ?</i></p>	<p><i>Vous diriez que vous les idéalisiez ?</i></p>
<p></p>	<p>Mmm, non. Cinquante-cinquante. Mais par contre c'est santé au sens large, j'inclue des pharmaciens. Car il n'y a pas que les médecins !</p>	<p>Non. Il y a une hiérarchie que je ne suis pas prêt à bousculer.</p>
<p></p>	<p><i>D'accord. Diriez-vous qu'il y a une proximité affective entre vous et les personnes que vous avez l'habitude de solliciter ? Par exemple les autres spécialistes, est-ce que ce sont des gens proches, ou pas du tout ?</i></p>	<p><i>Une hiérarchie entre... ?</i></p>
<p></p>	<p>Des gens avec qui l'on peut parler. Je veux dire par là qu'il y a des grands professeurs tout à fait accessibles et qui tiennent un discours à la hauteur de ce qu'on attend, nous, sur le terrain. Et d'autres qui sont très distants, et qui quand bien même ils seraient les meilleurs spécialistes dans le domaine, ne rendent pas un réel service, car ça reste trop théorique, trop sûrs, et trop inflexibles dans la conduite thérapeutique, et avec lesquels on n'arrive pas à avoir d'échange.</p>	<p>Un professeur éminemment connu, grand spécialiste... Par exemple la professeure X, qui a opéré mon père, qui a opéré un ami d'un cancer, mon père a survécu huit ans, mon ami bientôt dix ans et il est jeune, donc je lui demande conseil, mais jamais je n'irai lui proposer d'aller prendre un pot avec moi. Je prends un exemple très concret ! Je sais que c'est quelqu'un de grande compétence, une grande notoriété, inflexible, en qui j'ai une confiance absolue. Je n'hésiterai pas à aller la solliciter, j'ai son numéro de portable, mais pour autant, ce n'est ni une copine ni une amie.</p>
<p></p>	<p><i>D'accord, et diriez-vous que les personnes que vous sollicitez font partie de votre cercle d'amis ?</i></p>	<p><i>Vous parliez de hiérarchie ?</i></p>

<p>Oui, c'est peut-être mon âge ? Je reconnais que certaines personnalités sont respectables.</p>	<p><i>Est-ce que vous avez des activités associatives, syndicales, politiques, ou autres ?</i></p>	<p>de la CPTS du Cotentin, qui a vocation à faire travailler tous les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou établissements, ensemble. Donc c'est indéniable que j'ai envie que les professionnels de santé travaillent ensemble. Ce côté humain de la prise en charge, avec chacun le niveau de compétence qu'il a et qu'il peut partager avec les autres, c'est primordial.</p>
<p><i>N'hésitez pas à me contredire, mais diriez-vous que c'est une hiérarchie entre généralistes et spécialistes ?</i></p>	<p>J'en suis à mon deuxième mandat à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), je suis vice-président de l'URML Normandie, je suis responsable des régulateurs de la permanence des soins sur Cherbourg, j'ai été pendant quinze ans médecin de l'équipe de France de nage avec palmes, donc j'ai accompagné des sportifs de haut niveau dans des championnats du monde, voilà...</p>	<p>Dans votre pratique, dans votre façon d'intégrer les nouvelles données, comment intégrez-vous des actualités, des nouvelles données, nouvelles recommandations dans votre pratique ?</p>
<p>Ah ! C'est ce qu'aimeraient les spécialistes ! Mais non. Alors ça, non... Par contre, je ne suis pas... Pour moi, je suis médecin généraliste, je ne suis pas un spécialiste en médecine générale, je trouve ça complètement ridicule et rentrer dans ce jeu-là. Ceux qui sont spécialistes en médecine générale, c'est ceux qui n'ont pas pu accéder à l'échelon de spécialiste. Moi je suis très bien en tant que généraliste. On met des mots maintenant pour enrober des choses... « Professeur des écoles » par exemple, alors qu'« enseignant » c'était très bien ! J'assume mon statut de généraliste, et j'estime que contrairement à certains spécialistes qui soignent les maladies, moi je soigne les malades.</p>	<p><i>Donc une grande implication au niveau associatif et politique ?</i></p> <p>Alors, politique...</p> <p><i>Dans le sens politique de santé, etc ?</i></p> <p>Oui, pendant la crise du covid-19, j'ai été très impliqué dans une cellule de crise avec la ville de Cherbourg-en-Cotentin, donc complètement. Dans la relation ville-hôpital, aussi. J'ai été dix ans attaché à l'hôpital de Cherbourg, dans le service dit des convalescents, mais qui était les prémisses de la gériatrie.</p>	<p><i>Qu'est-ce qui pourrait vous amener à intégrer ou retirer une thérapie de votre pratique en fonction des évolutions des connaissances ?</i></p> <p>Je ne comprends pas bien la question.</p> <p><i>Si vous avez une habitude de prescription dans une situation...</i></p> <p>Bon ! Par exemple... Je ne sais plus, avec les néphrologues on avait parlé des cystites, la prescription de SELEXID, j'ai adopté ça il n'y a pas très longtemps, je ne savais pas... Mais voilà, on en a discuté avec les néphrologues, ils m'ont dit que c'était bien en première intention donc voilà. J'écoute les avis pertinents, j'ai confiance en mes interlocuteurs.</p>
<p><i>Est-ce que vous estimez qu'il faut des compétences spécifiques pour être médecin généraliste ?</i></p>	<p><i>Et est-ce que vous pensez que cet investissement et vos relations ont un impact sur le choix de vos sources médicales, et par extension sur votre pratique ?</i></p>	<p><i>Des experts principalement ?</i></p>
<p>Oui. Le côté humain me semble indispensable, un pré-requis. Après, qu'on soit intelligents, qu'on sache beaucoup de choses, mais surtout savoir qu'on ne sait pas. Connaître ses limites. Et le côté humain, ça, même si on est le plus grand spécialiste mondiale, on ne peut pas s'exonérer d'une certaine bienveillance vis-à-vis des patients.</p>	<p>Certainement, car c'est une mise en relation avec d'autres professionnels de santé. Et justement, ça me permet... Ah oui, je suis quand même aussi le président de l'association préfiguratrice</p>	

<p>Oui... Après je reçois les délégués médicaux. J'écoute leur information, puis je me renseigne après pour savoir si ce qu'ils ont dit est pertinent ou pas.</p>	<p>regroupement de professionnels, ça facilitait les choses.</p>	<p><i>Justement, est-ce que vous êtes méfiant envers d'autres sources aussi ?</i></p>
<p><i>C'est-à-dire...</i></p>	<p><i>Pour sélectionner vos informations ?</i></p>	<p>Oui, c'est très clair, avec ma pratique. C'est-à-dire que je ne critique pas forcément les nouveaux apports. Mais sur la remise en question de choses qu'on fait, et qu'on sait tout à fait adaptées à nos patients, sans être des choses où l'on va les mettre en danger, mais sur des aspects pratiques, des choses... je n'ai pas d'exemple, mais ils dénigrent beaucoup de choses... ça me semble... excessif.</p>
<p>Ah bah je ne me lance pas... Je ne vais pas aller acheter la nouvelle voiture qui vient de sortir, j'attends de voir un peu ce qui se passe. Alors ceci dit il y a eu une situation assez particulière qui est la crise qu'on vient de vivre. Et on a créé ce groupe contact ville-hôpital, pour un peu contrebalancer ce qu'on pourrait entendre dans les médias, que ce soit porté par des professeurs de médecine qui se donnent en spectacle à la télévision, les recommandations ministérielles, les retours de l'ARS et de la CPAM, il fallait... En plus tout le monde avait accès à ça, pas seulement le médecin. Dans le temps mon père, qui était médecin, disait « c'est moi qui en sais le plus dans le domaine », donc oui c'était une responsabilité, mais en même temps c'était plus facile quelque part, que maintenant où tout le monde à accès à tout avec internet, et donc tout le monde se permet de venir ici, « Docteur, écoutez, il y a ce médicament, ma voisine l'a eu, pourquoi je ne l'aurais pas ? », donc voilà, c'est très particulier. Il faut avoir des endroits où l'on peut se poser et faire une synthèse de tout ce que l'on entend. Donc là ce groupe d'échange, pendant la crise, en plus on n'avait pas trop de temps, il fallait tout de suite mettre en place un certain nombre de choses. C'était bien d'avoir un</p>	<p>Alors, pour voir, finalement, très sincèrement, et c'est là que la CPTS est intéressante, sur notre territoire, pour les patients qu'on a l'habitude de voir, qu'est-ce qui semble le plus adapté dans toutes les propositions qui sont faites ? Donc il y a le côté vraiment très scientifique de l'affaire, qui est la base, incontournable, et la mise en place de tout ça. C'est très large ce que je dis là, mais voilà. Les pharmaciens aussi ont un regard... c'est une formation beaucoup plus scientifique que la médecine. Ils savent des choses aussi qu'il faut entendre.</p>	<p><i>Est-ce que je peux reformuler en disant que vous avez écarté Prescrire, car elle ne correspondait pas...</i></p>
<p></p>	<p><i>Et ce que vous disiez sur la visite médicale, que vous écoutiez, et qu'ensuite vous vérifiez ?</i></p>	<p>Ce sont des positions très théoriques, très radicales, et qui excluent d'autres façons de faire qui jusque-là avaient montré un intérêt, et finalement mettent de côté des petits maux qui empoisonnent la santé du quotidien, des petits maux qui doivent être pris en charge, tout comme d'autres pathologies. Et nous, notre tâche, c'est que quand un patient sort de chez le cardiologue avec une ordonnance déjà remplie, c'est « comment on fait pour s'occuper du reste ? » Alors on va peut-être nous dire qu'il y a des priorités, et ça les priorités c'est pas la théorie qui va nous le dire, c'est le partage avec le patient.</p>
<p></p>	<p>Oui, avec des spécialistes, parce qu'il y a plein de trucs, par exemple en pneumologie, on regarde ce que font les spécialistes, on regarde leurs pratiques... Moi, bien volontiers, si un spécialiste me calque le nez dessus, si ça correspond bien... Oui. C'est pas ce qui est marqué dans Prescrire que je vais faire.</p>	<p><i>Et l'expérience ?</i></p>
<p></p>	<p><i>Est-ce que vous diriez que par opposition, s'ils conseillent quelque chose, vous allez vous en méfier ?</i></p>	<p>Bien sûr.</p>
<p></p>	<p>C'est ce que j'aurais dit il y a quelques années. Mais je ne lis plus Prescrire donc je n'en sais rien.</p>	<p><i>Diriez-vous que cette source, vous l'avez écarté, car elle ne correspondait</i></p>

<p>pas à vos préférences professionnelles ?</p>	<p>prescrire, et j'assume pleinement ma prescription, en ce sens que j'assume</p>	<p>Nan, mais mes vertiges c'est un des trucs que je déteste le plus.</p>
<p>Oui.</p>	<p>aussi les effets secondaires. C'est-à-dire qu'il n'est pas question qu'il décide de</p>	<p><i>C'est peut-être un mauvais exemple.</i></p>
<p><i>D'accord. Et est-ce que certains évènements sont susceptibles de faire évoluer votre pratique en termes de thérapeutique ? Des avis, positifs ou négatifs de patients ?</i></p>	<p>la façon de gérer son traitement, il doit me rapporter les avantages et les inconvénients, et on adapte ensemble. Je tiens à cette confiance, car avoir</p>	<p>Nan, c'est un bon exemple, il ne faut pas qu'on passe à côté de certaines pathologies. Mais oui, je prescris du TANGANIL. Sans grande conviction ! Mais si le patient repart sans rien, ça va être compliqué, déjà.</p>
<p>Alors déjà les retours des patients c'est vrai, mais aussi quand on me dit que telle molécule est sous surveillance, etc, je ne vais pas aller instaurer un traitement quand on se dit que ça va poser difficulté. On a des alertes parfois, donc on fait attention à ne pas se lancer. Après, sincèrement, c'est ma formation gériatrique qui m'a formé à avoir une analyse plus pertinente d'une ordonnance que je peux rédiger, et des conseils que je peux dispenser sur la thérapeutique. Ça m'a donné une façon de faire. Et ça c'est, j'ai trouvé ça super. Et je l'applique au-delà de la gériatrie, ce recul, ce...</p>	<p>confiance en un traitement, ça veut dire avoir envie de se battre, et qui plus est dans la santé mentale, c'est important, c'est pas une prescription comme ça, quoi.</p>	<p><i>Donc là je pars du principe que c'est bien un vertige paroxystique identifié comme tel, bénin.</i></p>
<p><i>Mode de raisonnement ?</i></p>	<p><i>D'accord. Vous avez dit à la fois que vous faisiez attention aux alertes sur les médicaments, que vous vous basez beaucoup sur votre expérience, et donc la question, c'est : si des données de la science vont à l'encontre de votre expérience, quelle est votre attitude ?</i></p>	<p>Oui, alors il y a sûrement une composante avec le facteur déclenchant, tout ça, il faut voir. Mais ça peut m'arriver de prescrire du TANGANIL, même si l'effet n'est pas reconnu de façon si manifeste que ça. Mais c'est pas dans l'insuffisance cardiaque, tel ou tel médicament qu'il faudrait ne pas donner, là je vais suivre très précautionneusement. Sur les trucs un peu foireux comme ça...</p>
<p>Voilà. Par contre, à contrario, j'essaie... Un patient, un dépressif... je sais qu'il y a des traitements qui vont lui rendre service. Et je passe un temps fou à ce qu'on soit d'accord sur le diagnostic, et qu'on lui fasse confiance sur la prescription. Bien sûr qu'il n'y a pas que le médicament, il peut y avoir un soutien, une psychothérapie, etc, mais je lui explique que si on ne lui donne pas le carburant qui peut l'aider à avancer, il ne va pas y arriver. Donc ce carburant, c'est moi qui vais lui</p>	<p>Bah, les données de la science, ça concerne quand même... c'est pas des traitements des petits maux de tous les jours !</p>	<p><i>Alors... Je voulais rebondir sur quelque chose, excusez-moi. Ah oui, vous disiez que les patients, s'ils ressortent sans médicament, ne vont pas comprendre...</i></p>
	<p><i>Alors, ça peut l'être, par exemple, et ça a déjà été cité dans des entretiens précédents, donc je vais le citer ici, on parlait de l'acétylleucine, du TANGANIL, dans les vertiges. Les dernières études ont montré qu'à priori versus placebo il n'y aurait pas grand intérêt, mais certains médecins disaient « On en prescrit quand même ».</i></p>	
	<p>Vous avez fait la réponse.</p>	
	<p><i>Cette réponse variait en fonction des médecins.</i></p>	

<p>Pour certaines choses ! Pour d'autres, je prescris surtout rien. Pour dormir, par exemple, parfois, je vais dire « Non, vous vous mettez dans votre lit, vous mettez la télé, vous lisez, et il fait vingt-cinq degrés dans votre chambre. Déjà, mettez-vous dans de bonnes conditions et on en reparle ! » Il n'y a pas que les médicaments, je ne gagne pas ma vie en vendant des médicaments.</p>	<p>encore une fois c'est ma formation de gériatrie qui veut ça. Bon.</p> <p><i>Sans entrer dans les benzodiazépines, certains autres médicaments que vous auriez identifié comme peu voire pas efficaces mais que certains patients réclament...</i></p>	<p><i>pratique, et de choisir les différentes sources d'information. Et en voyant un peu avec la bibliographie, notamment dans les autres pays, j'ai vu qu'il y avait une chose qui n'est jamais abordée dans mes entretiens, c'est la notion de coût.</i></p>
<p><i>D'accord. Par contre, ce que je comprends, c'est qu'il y a certains patients qui ont une culture du médicament qui font qu'ils ne vont pas comprendre...</i></p>	<p>Ah bah leurs sachets d'EXOMUC ou leur SURBRONC, ça se discute...</p> <p><i>Eh bien justement, je voulais vous demander : est-ce que vous diriez qu'il y a certaines fois où vous seriez plus enclins à faire de l'éducation thérapeutique, en leur expliquant...</i></p>	<p>Alors je vais répondre très clairement : je n'en ai rien à faire. Alors ça, c'est de la provocation, car cette chose-là nous ne la maîtrisons absolument pas. Comment se détermine le coût d'un médicament ? C'est le laboratoire qui veut vendre le plus cher possible sa molécule. Normal. C'est l'assurance maladie, qui décide d'un budget, pour telle molécule, sur la base d'un présumé volume de prescription. Et qui dit « Par conséquent, nous allons autoriser un niveau de remboursement à telle hauteur ». Et ça passe par une AMM qui est décidée par le ministère. Donc c'est l'assurance maladie qui paye, c'est le ministère qui décide, avec une discussion avec le laboratoire. Nous, on n'intervient pas dans la discussion. J'estime que ce travail doit être fait par ces gens-là. On a déjà assez de travail comme ça pour poser le diagnostic le plus pertinent possible, et de voir avec ce qui est à notre disposition, ce qui est la meilleure molécule. Je suis désolé, je ne vais pas priver quelqu'un de la meilleure molécule sous prétexte qu'elle est plus chère qu'une autre molécule qui serait jugée un peu moins efficace. Donc quand je dis que je n'en ai rien à faire, c'est que j'estime que ce n'est pas de mon ressort de me préoccuper de ça. C'est pas moi qui gère le budget de la</p>
<p>Oui. Alors moi, dans ma culture de gériatre, je vais faire attention à ce qu'ils ne consomment pas trop de médicaments. Donc on va faire attention à « éclaircir » l'ordonnance, mais ça ne se fait pas du jour au lendemain, comme on voit parfois en sortant de l'hôpital. Bien sûr que ça nous aide, par contre, cet éclaircissement. Mais il y a des choses pour lesquelles ça va être tout sauf possible. Certains stockent leurs médicaments, puis nous en réclament, c'est très compliqué. Il faut ménager... C'est délicat. Le bienfait d'une prescription, c'est une grande question.</p>	<p>Bah il faut voir à qui on s'adresse...</p> <p><i>... et d'autres fois où vous pourriez moins en faire, par exemple si vous êtes fatigués, ou en fin de semaine...</i></p> <p>Si je suis fatigué, oui. Ou face à certaines personnes. Quant au bout de dix ans ils ne savent toujours pas le nom de leur médicament, je me dis que ce n'est pas la peine.</p>	
<p><i>Et en partant du fait que vous avez identifié certains médicaments comme moins efficaces voire pas efficaces...</i></p>	<p><i>Par lassitude ?</i></p> <p>Oui... La fatigue aussi c'est vrai, on est pas toujours au top. C'est une discipline qui est physique aussi. Donc oui, oui, bien sûr, ça demande du temps, et quelqu'un en face qui soit en capacité de recevoir l'information, si tant est qu'on soit, nous, en capacité de délivrer le message le plus clair possible.</p>	
<p>Nan, nan mais surtout, par exemple les benzodiazépines, on essaie vraiment les demi-vies courtes, c'est certain, mais</p>	<p><i>D'accord. Dans les autres entretiens, ces thèmes étaient abordés, sur la façon d'intégrer des nouvelles données à la</i></p>	

<p>sécurité sociale, et on est tous d'accord, car il se trouve que les médecins payent souvent des impôts, pour que ce soit le juste prix. Après ça le juste prix, on voit ce que ça donne par voie de conséquence. Au-delà d'un médicament qui est remboursé tant, si le laboratoire a un meilleur marché à l'étranger, et ça a été l'une des raisons de la pénurie des vaccins, c'est qu'ils les ont vendus dans d'autres pays, plus chers, et on en a pas eu à cause de ça. Donc je suis désolé, j'estime que ce n'est pas de mon niveau de compétence de m'occuper de ça, même si j'ai mon idée sur le sujet et que je connais bien le circuit.</p> <p><i>Attention, je n'ai pas du tout voulu sous-entendre...</i></p> <p>Non, mais je voulais donner cette réponse car c'est très clair dans mon esprit !</p> <p><i>D'accord. Justement, personne jusque-là ne m'en avait parlé, et mon hypothèse était que les études que je trouvais n'étaient pas françaises, et que...</i></p> <p>Alors oui, il y a des pays dans lesquels il n'y en a qu'un seul, par exemple c'est le ramipril, TRIATEC, et il n'y a pas le choix. Mais ce n'est pas mon problème.</p> <p><i>Justement, est-ce que...</i></p> <p>Non. Je ne veux pas en entendre parler. Il y a d'autres gens à qui ça échoit cette responsabilité.</p> <p><i>D'accord, revenons aux sources et aux informations. Vous, comment est-ce que vous sélectionnez vos sources</i></p>	<p><i>d'information ? De manière générale, les spécialistes, les revues, les visiteurs médicaux, toutes les sources, comment les sélectionnez-vous, surtout celles susceptibles de modifier votre pratique ?</i></p> <p>Moi, j'aime beaucoup la pratique. Donc le retour des spécialistes est important pour moi, ceux que je connais en particulier. Après, quand j'apprends une chose dans une revue, etc, j'essaie de comprendre, quand on fait nos groupes de pairs, on partage, voilà... Je ne vais pas passer du temps sur internet à chercher des choses par contre.</p> <p><i>Les revues, vous n'en aviez pas parlé, vous en lisez...</i></p> <p>Très peu.</p> <p><i>D'accord. Donc vous en aviez déjà parlé pour Prescrire, mais est-ce que vous en reprenez ou écartez par principe ?</i></p> <p>Ah non, en dehors de Prescrire, non.</p> <p><i>En dehors de celle-là, tout est bon ?</i></p> <p>Oui. Tout est bon dans la mesure où j'ai ce réflexe d'aller comprendre les choses.</p> <p><i>D'accord. Et est-ce que vous avez une méfiance ou confiance particulière envers certaines ?</i></p> <p>Internet ?</p> <p><i>Quels sites par exemple ?</i></p> <p>Je ne regarde pas tellement internet.</p> <p>D'accord.</p>	<p>Après dans les formations que l'on peut suivre, on nous donne des sites un peu de référence, et ça je peux y aller volontiers.</p> <p><i>Quand ils ont été fléchés préalablement par des institutions que vous connaissez.</i></p> <p>Oui, suite à une FMC ou je ne sais quoi, si on me dit « ça, ça rend service », mais de moi même je ne vais pas aller chercher et analyser la pertinence. Si on me fait un retour, ce qu'on partage avec les collègues... mais je regarde très peu.</p> <p><i>D'accord, vous allez déléguer la critique de ces sites à des institutions, des entités auxquelles vous faites confiance.</i></p> <p>Voilà.</p> <p><i>OK. Et donc, si vous avez deux sources de confiance que vous avez l'habitude de solliciter, et que les deux diffèrent sur une thérapeutique, légèrement ou drastiquement, comment allez-vous faire pour prescrire, comment allez-vous différencier, départager ces deux sources ?</i></p> <p>Alors, soit j'en sais rien et je ne fais pas, et je pose la question à quelqu'un de plus compétent que moi, soit j'ai quand même mon opinion et à ce moment-là je fais.</p> <p><i>Donc c'est votre expérience qui vous aide à départager ?</i></p> <p>Mes connaissances plutôt.</p>
--	---	---

<p><i>D'accord. Et quels sont vos critères de confiance ou de méfiance envers les données médicales et leurs intermédiaires...</i></p>	<p>OK. « L'éducation, le parcours et la personnalité déterminent une pluralité de préférences professionnelles ».</p>	<p>questions de confort, il a envie d'un pulvérisateur ou je ne sais quoi, je ne suis pas contre, au contraire. Je ne m'interdis rien. Après, s'il vient avec sa liste, je lui dis non, je ne suis pas d'accord, ça c'est dangereux.</p>
<p>Les effets secondaires.</p>	<p>Oui.</p>	<p><i>Et pourquoi vous pensez qu'il y ait tant de différences entre certains médecins ?</i></p>
<p><i>Euh... Ce que je voulais dire, c'est, vis-à-vis des sources d'information, pas des thérapeutiques, qu'est-ce qui...</i></p>	<p>Justement, pour vous, les préférences professionnelles, d'où vous pensez qu'elles viennent ? Pourquoi vous pensez que certains médecins prescrivent certaines choses, quand d'autres prescrivent d'autres choses pour une même pathologie ?</p>	<p>L'expérience.</p>
<p>Me fait pencher ?</p>	<p>Moi j'essaie de me mettre à la place du patient, en me demandant si moi j'avais un truc comme ça, ça me conviendrait.</p>	<p><i>Que certains ont moins d'expérience que d'autre ?</i></p>
<p><i>Oui, pourquoi vous choisirez cette source d'information ? Média, institution, expert...</i></p>	<p>Je soigne mon patient comme si je soignais ma famille. Donc c'est très personnalisé. Ca tient compte du patient, mais aussi de ma confiance dans ce que je peux lui proposer. Et j'aime quand un patient sort d'une consultation spécialisée, qu'on lui dit voilà, il y a deux possibilités, des réunions, tout ça... J'essaie de me mettre à sa place, à l'âge qu'il a, l'environnement qu'il a, pour voir la faisabilité, le côté pratique, et si j'étais moi dans cette situation, ce qui me semblerait le plus pertinent.</p>	<p>Ah bah quand je vois, pardon, mais le puits de science que sont les jeunes médecins, je dis bien le puits de science, c'est épatant, la théorie c'est incroyable. Par contre, ils ont une éducation transmise par nos confrères les médecins des hôpitaux qui sont à cent lieues de notre pratique au quotidien. Et ils s'imaginent une médecine stratosphérique, mais pas comment rendre service au patient lambda. Donc ça c'est l'expérience du terrain. Donc je reconnais la science, mais la façon dont on considère notamment la médecine générale à la faculté... Je ne parle pas du doyen, car ce n'est pas le cas, il est très bien, mais certains professeurs, je le sais, car mon fils a fait médecine, « Si vous êtes nuls vous serez généralistes, sinon vous resterez à l'hôpital ». Ça veut tout dire. Et ça je ne changerai pas d'avis, car je suis un vieux schnock ! [rires]</p>
<p>Alors, les experts c'est si on les connaît, les sources il y a des sources incontournables, qui n'ont plus à faire leurs preuves, Lancet et compagnie...</p>	<p>Et sur les pathologies plus courantes, un rhume, pour être caricatural certains vont prescrire des pulvérisateurs et autres, alors que d'autres vont refuser catégoriquement ce genre de choses...</p>	<p><i>Toute dernière question et je voulais vous en parler d'autant plus vu votre parcours, un médecin que j'ai interrogé</i></p>
<p><i>Donc la réputation ?</i></p>	<p>Voilà, après c'est plutôt le partage avec les collègues sur les nouvelles façons de faire.</p>	
<p><i>Le partage, les échanges, la réputation aussi ?</i></p>	<p>Oui.</p>	
<p>Oui.</p>	<p>D'accord. On arrive sur la fin, et comme j'arrive à la fin de mes entretiens, j'ai déjà quelques hypothèses, je voudrais vous les lire pour que vous puissiez me dire ce que vous en pensez. « La confiance dans les sources d'information et leur hiérarchisation varie en fonction des préférences professionnelles du praticien ».</p>	
<p>Oui.</p>	<p>Ah non, moi je tiens compte de la personne que j'ai en face de moi. Moi je veille à m'assurer qu'il n'y ait pas de complications, etc. Si, après, pour des</p>	

<p><i>me disait que s'il suivait deux experts, qu'il avait une confiance aveugle dans les deux, et que tout à coup l'un disait blanc et l'autre disait noir, ou plus nuancé, allaient rentrer en compte dans son raisonnement les affinités idéologiques qu'il avait avec l'autre, et non plus seulement les affinités professionnelles.</i></p>	<p><i>l'affinité idéologique des collègues... Après, si lui estime qu'il faut faire ça, il prescrit, mais c'est pas moi qui vais le faire !</i></p>	<p>Non. Pas du tout ? Non.</p>
<p>Non ! Non, quel argument pour me convaincre du message que je vais délivrer au patient à qui on va délivrer la prescription ? Donc soit on est convaincu d'une prescription, soit on ne la fait pas. Donc ça tient compte de la validité scientifique, et du patient. Donc ça tient compte plus du patient que de</p>	<p><i>Je me suis sans doute mal exprimé. C'est plus dans le réseau qu'il va avoir, il va plus avoir des membres de son réseau qui sont d'accord avec lui en général sur des questions professionnelles, mais également personnelles, et il reconnaissait que ça allait influencer non pas directement sa pratique mais plus la création de son réseau. Et que son réseau se crée à la fois par affinités professionnelles, mais aussi idéologiques.</i></p>	<p><i>OK. Merci, je vais vous rappeler la question de recherche [lecture de la question], est-ce que vous auriez des choses à ajouter ?</i></p> <p>Non, je pense qu'on a déjà balayé très largement tout le sujet.</p> <p><i>D'accord, encore une fois merci beaucoup pour votre temps.</i></p> <p>Très bien !</p>

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

« Par délibération de son Conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, la Présidente de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : THOMAZO Matthieu

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Cheminement et sélection des sources d'information pour une décision thérapeutique en médecine de premier recours : proposition d'un schéma explicatif par théorisation ancrée.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : **Introduction :** Face à une même situation, les médecins généralistes vont proposer différentes prises en charges thérapeutiques. À la source de ces différences, on retrouve des sources d'information différentes, telles que la littérature scientifique, les recommandations des institutions, les revues médicales, et l'information de l'industrie du médicament. Les autres déterminants de la prescription médicale sont les caractéristiques du patient, de la consultation, et du médecin. Le choix d'une source d'information influençant la décision médicale, ce choix devient un enjeu éthique et de santé publique. **Méthodologie :** L'objectif était la présentation d'un schéma explicatif de la manière dont une information vient s'ancrer dans la démarche de décision thérapeutique des médecins généralistes par une analyse en théorisation ancrée. **Résultats :** Les médecins généralistes délèguent une partie du recensement et de la critique des sources d'information à des tiers. L'accessibilité de ces informations dresse un premier filtre formée de : la langue, la technologie, la fatigue, l'investissement nécessaire et l'éloignement des interlocuteurs. Les préférences telles que l'indépendance, l'empirisme, ou la formation universitaire sont un second filtre. La confirmation par les pairs vient ensuite potentialiser certaines informations, via la convivialité, les liens affectifs et la réputation. Une vigilance et une adaptation au contexte clinique sont les derniers filtres. **Conclusion :** L'origine des décisions thérapeutiques est multifactorielle, et l'enseignement de ces facteurs pourrait permettre aux futurs médecins généralistes de mieux reconnaître et de se prémunir de certains biais.

MOTS-CLÉS : Démarche décisionnelle -- Médecins généralistes – Théorisation ancrée

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Progress and selection of information sources for therapeutic decision-making in primary care medical practice: proposal of a flowchart using the grounded theory method.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS : **Introduction :** Facing a same situation, primary care physicians propose different management. Those differences can be explained by variable sources of information, such as scientific articles, institutional guidelines, medical papers, and information received from the pharmaceutical industry. The characteristics of the patient, the physician and the settings also influence the pharmaceutical prescription. When the choice of information sources influences medical decisions, it raises both public health and ethical issues. **Methodology :** The primary objective was to propose a flowchart that illustrates how information gets embed in the general practitioner's decision making, using the grounded theory method. **Results :** General practitioners delegate to third parties some of the information census and critic. Access to information is the first filter, including: language, technology, fatigue, personal investment and remoteness of the correspondents. Professional preferences such as independence, empiricism or the pursuit of an academic formation form another filter. Peer confirmation then favors some information, through conviviality, friendship, and reputation. Finally, vigilance and adjustment to the clinical context are the last filters. **Conclusion :** Multiple factors determine the origins of therapeutic decision making. Teaching these factors might allow future primary care physicians to better identify and avoid certain cognitive biases.

KEY WORDS : Decision making -- general practitioners – Grounded theory method