



HAL
open science

Utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale : représentations, expériences et attentes des médecins généralistes

Manon David Muller, Amandine Gobbi Monaci

► To cite this version:

Manon David Muller, Amandine Gobbi Monaci. Utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale : représentations, expériences et attentes des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03701427

HAL Id: dumas-03701427

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03701427>

Submitted on 22 Jun 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale
en consultation de médecine générale :
représentations, expériences et attentes des médecins généralistes**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 21 Juin 2022

Par Madame Manon DAVID MULLER

Née le 6 juillet 1993 à Toulon (83)

et

Par Madame Amandine GOBBI MONACI

Née le 19 février 1994 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Monsieur le Docteur RENARD Sylvain

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale
en consultation de médecine générale :
représentations, expériences et attentes des médecins généralistes**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 21 Juin 2022

Par Madame Manon DAVID MULLER

Née le 6 juillet 1993 à Toulon (83)

et

Par Madame Amandine GOBBI MONACI

Née le 19 février 1994 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Monsieur le Docteur RENARD Sylvain

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

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

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

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

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

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

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Maeva Jego Sablier,

Nous vous témoignons notre gratitude pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et nous vous remercions de nous avoir accompagnées dans la découverte de la recherche qualitative, si chère à la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Sylvain Renard,

Nous te remercions de nous avoir sollicitées pour la réalisation de cette thèse, de nous avoir fait confiance, et accompagnées tout au long de son élaboration et de sa rédaction. Merci pour ton investissement et tes nombreuses pistes de réflexion dans l'accomplissement de ce travail. Nous espérons qu'il répond à tes attentes.

Reçois ici l'expression de tout notre respect et notre sympathie.

A tous les participants,

Merci à tous les médecins généralistes ayant accepté de témoigner pour notre étude, pour le temps que vous nous avez accordé, et votre accueil chaleureux.

REMERCIEMENTS PERSONNELS – MANON

À Madame le Docteur Jego Sablier Maeva, par votre rôle de tutrice vous m'avez guidée et conseillée tout au long de mon internat. Vous avez accepté de m'accompagner dans cet ultime exercice de thèse et je vous en remercie.

À tous les professeurs, maîtres de stage, médecins séniors et internes ayant participé à ma formation, pour tout ce que vous m'avez enseigné ;

À tous les patients rencontrés, pour ce que chacun m'a appris ;

Aux équipes paramédicales, indispensables au bien-être des patients, pour le partage de votre expérience de terrain ;

*

À Sylvain, rencontré au bord des bassins il y a bientôt 20 ans. Pour ton engagement, ton énergie et ta bienveillance, déployés dans chacun de tes (nombreux) projets ;

À Amandine, ma binôme durant ce long et fastidieux travail, pour ta patience et ta gentillesse, à l'amie que tu es devenue ;

À mes amis, les plus fidèles me sont si précieux ;

*

À mes grands-parents, pour votre accompagnement sans faille depuis toujours ;

À mes parents, pour tout. Votre amour, votre confiance, et la formidable richesse de tout ce que nous avons vécu ;

À Bastien, pour ton détachement fort apprécié de toute science médicale ;

À Nans, pour ta sensibilité pas si bien cachée ;

À Marc, avec qui tout a commencé et sans qui je ne serais pas ;

À Corentin, pour ton soutien indéfectible et ton amour au quotidien ;

À Mayeul et Adèle, mes trésors ;

À la famille kermoco que nous formons, aux moments de bonheur passés et à venir ;

À la Vie ;

À Gérald, notre Étoile, qui brille et brillera encore et encore.

REMERCIEMENTS PERSONNELS – AMANDINE

À tous les médecins que j'ai croisé et qui ont contribué à ma formation, merci pour votre engagement et le partage de vos connaissances, vous m'avez tant appris ;

Au service des Urgences Toulon / La Seyne, pour la bonne ambiance et votre accueil toujours aussi chaleureux ;

À mes maîtres de stage, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et pour la confiance que vous m'avez accordée ;

À l'équipe de Pédiatrie de Hyères, pour votre encadrement et votre gentillesse c'était un plaisir de travailler à vos côtés ;

À l'équipe de Gynécologie de Hyères pour tout le savoir que vous m'avez transmis ;

À tout le service de Gériatrie de Hyères, pour votre bienveillance et votre soutien, vous avez su m'intégrer dans vos équipes et je vous en remercie ;

Aux équipes paramédicales, pour leurs échanges, leurs bons soins et leur présence indispensable ;

*

À Sylvain, pour ton accompagnement dans ce projet et ta disponibilité ;

À Manon, ma binôme de choc, pour l'accomplissement de ce travail rigoureux. Merci pour ta bienveillance et ta détermination. Tu es pour moi bien plus qu'une amitié ;

À mes amis et mes co-internes les plus proches, merci d'être présents ;

*

À mes parents et mon frère, pour votre soutien sans faille et votre présence à mes côtés. Vous êtes tout pour moi et je vous dois une grande partie de ma réussite ;

À mes grands-parents, pour tous les moments passés à vos côtés et pour toute l'attention que vous me portez ;

À Alexis, pour tout ton amour et ton soutien, tu es ma force au quotidien ;

À Livia, ma merveille ;

À Mona, pour qui les livres de médecine n'ont plus aucun secret ;

À toute ma famille, merci pour tout.

*« Il vaut mieux savoir tout chercher
que chercher à tout savoir »*

P. Mendelson

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	5
RÉSULTATS.....	8
I. Représentations des SADM.....	8
A. Définition d'après les médecins	
B. Différents types de SADM	
1. <i>SADM non-interactifs</i>	
2. <i>SADM interactifs</i>	
C. Découverte des SADM	
II. Utilisation des SADM en consultation : les motivations.....	13
A. Faire face à des difficultés	
B. Se faire aider pour mieux soigner	
1. <i>Collaborer pour améliorer la prise en charge</i>	
2. <i>SADM et amélioration des pratiques</i>	
C. Etre serein dans sa pratique	
III. Utilisation des SADM en consultation : en pratique.....	18
A. Relation médecin-patient	
B. Habitudes du médecin	
1. <i>Au cabinet de médecine générale</i>	
2. <i>En visite</i>	
3. <i>Organisation des consultations</i>	
C. Avis positif du médecin sur les SADM	
D. Avis négatif du médecin	
IV. Evolution et perspectives.....	32
A. Médecin, un métier en évolution	
B. L'esprit critique du médecin	
C. L'outil idéal	
1. <i>La forme</i>	
2. <i>Le contenu</i>	
3. <i>Le couplage au logiciel métier</i>	
4. <i>L'application mobile</i>	
5. <i>Les limites de l'outil idéal</i>	
DISCUSSION.....	45
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BCB : Banque Claude Bernard
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ : *COnsolited criteria for REporting Qualitative research*
COVID : *COronaVirus Disease*
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes
CRP : *C-Reactive Protein*
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBM : *Evidence-Based Medicine*
ECN : Examen Classant National
ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale
GEPECA : Groupe d'Échange de Pratique des Enseignants Cliniciens Ambulatoires
GROUM.F : GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone
HAS : Haute Autorité de Santé
HONcode : *Health On the Net Code of Conduct*
PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PCR : *Polymerase Chaine Reaction*
SADM : Système d'Aide à la Décision Médicale
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Contexte de l'étude

En 2022, ce ne sont pas moins de 362 items que doit maîtriser tout étudiant en médecine au moment de l'ECN (1). En outre, les données médicales doublent tous les deux mois et demi environ à l'heure actuelle (2). La médecine est une science en constante évolution.

En pratique, le médecin généraliste est sollicité en permanence dans divers domaines médicaux. Il doit savoir traiter des pathologies chroniques et aiguës, en un temps limité. La durée moyenne d'une consultation en médecine générale avoisine les 18 minutes selon plusieurs études récentes (3–5).

Dans ce contexte, exercer la médecine en appliquant les dernières recommandations et les bonnes pratiques de chaque spécialité est un défi majeur du quotidien de tout praticien consciencieux (6,7). C'est pourquoi, le médecin généraliste se doit d'entretenir et perfectionner ses connaissances, dans le respect de son obligation de développement professionnel continu (8).

Dans cette dynamique permanente d'évolution des connaissances - et de par l'omniprésence des nouvelles technologies à l'ère de la généralisation d'internet -, de nombreux systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) ont vu le jour ces dernières années (9–13).

D'après la HAS, les SADM sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens, en temps et lieux utiles, les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées, afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients » (14).

Ces outils se présentent le plus souvent sous forme de site web en ligne, accessibles en « quelques clics » ou directement depuis le logiciel métier. Ils proposent aux médecins une information médicale plus ou moins complète. On

dénombrer un grand nombre de SADM. Certains jouissent d'une plus grande popularité et reconnaissance que d'autres. Leur complexité est variable. Ils traitent souvent d'un domaine de la médecine en particulier. (ex : *Antibiocllic*, *Gestacllic*, etc...) (6,15,16).

Ils sont une aide pour le praticien, et peuvent l'accompagner dans sa pratique quotidienne, de la démarche diagnostique à la prise en charge thérapeutique. Ainsi, que ce soit dans le développement de leurs connaissances ou pour mettre à jour leurs compétences, la technologie semble être une solution (2).

Dans la littérature peu de données explorent l'utilisation des SADM par les médecins généralistes, et leur impact clinique dans la pratique de tous les jours. C'est pourquoi nous avons choisi de nous y intéresser.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était d'étudier les représentations, expériences et attentes des médecins généralistes concernant l'utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, conduite d'avril 2021 à mars 2022. Cette méthode était la plus appropriée pour répondre aux objectifs de notre étude. En effet, elle permettait d'explorer les représentations des SADM pour médecins généralistes, sans préjuger des réponses. Notre démarche, sans *a priori* ni hypothèse de départ, a permis une analyse inductive à partir du terrain, pour aboutir à un modèle explicatif.

La discussion de la méthode a été réalisée en suivant la grille COREQ (*cf* Annexes).

Population et échantillon

Des médecins généralistes libéraux, exerçants dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône ont été inclus selon une technique de recrutement à effet "boule de neige".

La prise de contact s'est faite par l'intermédiaire de connaissances sur des terrains de stage pour les premiers entretiens, puis selon les recommandations des participants de proche en proche en fonction des critères de sélection.

Recueil des données

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a été privilégiée par rapport au *Focus Group* pour permettre une plus grande liberté d'expression et de points de vue, sans que les praticiens ne soient influencés entre eux. De plus, cette étude a été menée durant la pandémie du Covid-19, dans ce contexte les chercheuses étaient limitées dans l'organisation d'entretiens en groupe.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés par les deux enquêtrices individuellement.

Un guide d'entretien a été préalablement établi afin de structurer l'entretien.

La réalisation d'un premier entretien-test a permis de modifier le guide d'entretien avec l'avis du directeur de thèse.

Il a ensuite été régulièrement actualisé au fur à mesure des premiers entretiens de l'étude, afin de corriger certaines questions qui n'étaient pas assez claires, et d'aborder l'évolution des pratiques des médecins.

Au total le guide d'entretien comportait sept questions ouvertes permettant d'aborder différents thèmes : les connaissances à propos SADM, leur usage en consultation de médecin générale et attentes concernant ces derniers.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à la fonction dictaphone du téléphone mobile des enquêtrices après consentement oral des médecins.

Les fichiers audio ont été retranscrits intégralement de façon anonyme par chacune des investigatrices sur un logiciel *Word*.

Ils ont été réalisés pour la grande majorité en présentiel. Deux entretiens seulement ont été menés à distance, en appel vidéo.

La rédaction d'un journal de bord a permis aux investigatrices de consigner leurs impressions après chaque entretien, mais également leurs doutes, constats, réflexions et questionnements (*cf Annexes*).

Analyse des données

L'analyse des données s'est inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Il s'agissait de traiter les données selon un processus inductif itératif, c'est-à-dire qu'un nouvel entretien était toujours analysé à la lumière du précédent avec comparaison constante des propriétés et/ou catégories conceptuelles entre elles.

La première étape consistait en une retranscription intégrale des données brutes par l'une des deux investigatrices sous forme de *verbatim* sur le logiciel *Word*.

Une lecture attentive et approfondie de chacun des entretiens était ensuite effectuée afin de se familiariser avec leur contenu.

Par la suite, une grille d'analyse a été créée à l'aide d'un tableur *Excel* simple. Pour cela, un codage ouvert était réalisé entretien par entretien. Les données de terrain étaient transformées en une formulation plus signifiante permettant l'émergence de *catégories* caractérisées par leurs *propriétés*.

Une analyse axiale s'en est suivie, avec organisation et articulation de ces codes obtenus dans les différents entretiens autour d'axes importants porteurs de plus de sens.

Enfin, une analyse sélective a permis de faire émerger un modèle explicatif, avec mise en relation des données sous forme d'arbres de codage (17).

La triangulation des données a été assurée par un double encodage : les deux investigatrices ont réalisé un codage individuel avant de se réunir pour mettre en commun le codage ouvert, en comparant et en discutant chacun des concepts obtenus. Il a ensuite été fait de même pour le codage axial puis sélectif.

Un résumé synthétique et visuel a été modélisé en schémas d'arborescence, à l'aide du logiciel *Mindmeister*® (cf Annexes).

Aspects éthiques et réglementaires

Tous les participants ont consenti librement et oralement à leur participation, après avoir été informés par un document avant l'entretien de leurs droits, et de la possibilité d'une rétractation à tout moment (cf Annexes).

La confidentialité a été assurée lors de la retranscription des enregistrements, avec anonymisation des participants et des données qui auraient pu être indirectement identifiantes (lieu d'exercice, nom de la structure).

Tous les enregistrements ont été détruits après retranscription.

Aucune déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'a été nécessaire, du fait que l'étude a été entièrement anonymisée.

Aussi, le travail portant sur les pratiques des médecins généralistes libéraux en consultation, celui-ci est classé hors champ de la loi Jardé, et n'a pas nécessité l'avis d'un Comité de Protection des Personnes.

Enfin, le sujet abordé n'étant pas un sujet sensible et l'étude n'étant pas publiée dans une revue scientifique, aucune demande n'a été réalisée auprès du Comité d'Éthique de l'Université d'Aix-Marseille.

RÉSULTATS

La description de l'échantillon étudié est consignée dans le tableau ci-dessous.

Tous les médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe.

Les participants étaient tous informatisés et avaient un accès internet.

Entretiens	Durée (min)	Age (années)	Sexe	Type d'exercice (urbain/ rural)	Ancienneté d'installation (années)	Logiciel métier utilisé
n°1	10'33	31-35	H	urbain	1-5	Dr Santé
n°2	13'06	> 61	F	semi-urbain	31-35	Shaman
n°3	20'24	31-35	F	urbain	1-5	Dr Santé
n°4	22'36	31-35	F	semi-urbain	1-5	Almapro
n°5	9'43	46-50	H	urbain	16-20	Almapro
n°6	18'08	31-35	F	urbain	-	Weda
n°7	10'03	36-40	F	urbain	6-10	Weda
n°8	15'40	26-30	F	urbain	<1	Hellodoc
n°9	10'04	31-35	F	urbain	1-5	Almapro
n°10	21'37	51-55	H	urbain	1-5	Weda
n°11	13'00	36-40	F	semi-urbain	6-10	Medicawin
n°12	11'45	41-45	F	urbain	11-15	Hellodoc
n°13	21'38	36-40	F	semi-urbain	6-10	Medicawin
n°14	19'30	31-35	F	urbain	1-5	Almapro

Tableau des caractéristiques de l'échantillon (cf Annexes)

I. Représentations des SADM

A. Définition d'après les médecins

Interrogés sur leur propre définition des SADM, les médecins évoquaient chaque fois des outils comprenant des arbres décisionnels ou des algorithmes, permettant d'orienter la prise en charge de manière adaptée à chaque patient.

M4L25 : « ça me paraît un peu générique (...), j'imagine ça comme *Antibiocllic* (...), pour t'orienter sur une prise en charge. Est-ce que **selon l'âge** de la personne enfant ou adulte, si c'est **un homme ou une femme** à chaque fois ça fait un petit **arbre décisionnel** qui permet de t'orienter vers euh... vers la prise en charge. »

M7L27-28 : « Des **arbres décisionnels**... quelque chose de très visuel, pour aller voir rapidement ce à quoi on ne pense pas en fait. Déjà confirmer ce que l'on imagine en terme de diagnostic, de bilan et tout ça, et puis bin voilà... ce à quoi on ne pense pas forcément, donc euh ça... Et puis de l'aide à la thérapeutique aussi (...) où ils nous donnent les dernières recommandations »

M8L14 : « Ce qui me viendrait à l'idée... ce serait plutôt des **algorithmes**, qu'on pourrait retrouver assez facilement (...) sur Internet, d'accessibilité rapide, clair »

B. Différents types de SADM

En pratique, on s'aperçoit que les médecins généralistes utilisent en consultation des SADM de différents types : les non-interactifs permettant une lecture simple des informations ; et les interactifs, invitant le médecin à préciser la situation clinique afin d'obtenir des données adaptées au patient.

1. SADM non-interactifs

a. Les moteurs de recherche

L'usage de sites spécialisés n'est pas exclusif, les médecins exploitent régulièrement **des sites lambda**, et notamment le moteur de recherche *Google* pour effectuer de la recherche d'information. Certains avancent l'argument de la rapidité.

M1L83 : « je pense qu'on devrait pas, mais je... je confesse que ça m'arrive de, des fois **taper bêtement sur Google**... euh... l'info... euh... voilà. Quitte à..., quitte à des fois euh... aller sur des trucs pas forcément... »

M5L13 : « sinon euh... oui j'ai **Google facile** aussi oui... Hum... »

M10L10 : « Je vais que sur des moteurs de recherche en fait ! Ou sur **Google en première intention**, parce que c'est le plus rapide »

D'autres apprécient le moteur de recherche *Google* pour la **recherche d'images**.

M1L87 : « **Sans passer par un site dédié** forcément, voilà. Par exemple, pour la dermatologie, ça m'arrive d'aller checker des trucs sur *Google image*, voilà, ça m'arrive. »

M11L50 : « Alors là par contre, **je vais sur Google**. C'est vraiment... et puis hop, je prends la moins moche. »

Les **moteurs de recherche médicaux** permettent également une recherche d'information sur tout le web, mais ciblent les références médicales uniquement.

M3L25 : « J'utilise... **Docteur, le moteur de recherche** »

Enfin, les **barres de recherche** parfois disponibles dans les SADM (interactifs ou non), donnent la possibilité d'accéder à des informations plus facilement au sein-même de ceux-ci.

M1L13 : « Alors du coup le **CRAT** pour les femmes enceintes »

b. Les sites institutionnels

L'usage **des sites des institutions** françaises est également fréquemment évoqué. Parmi ceux-ci, celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) est sans doute le plus cité.

M4L23 : « Après c'est surtout **les recommandations HAS** et tout ça que je cherche souvent sur internet. »

M9L10 : « Je regarde tout ce qu'ils te proposent, et je regarde les trucs qui sont scientifiques ! Soit les trucs des sites PACA ou alors **HAS**, les choses comme ça »

M13L15 : « Je récupère pas mal les **reco HAS** aussi (...) quand il y a des reco

récentes je regarde pas mal ça. »

Mais l'on retrouve également le site *vaccination-info-service.fr* ;

M1L14 : « J'ai énormément recours aussi aux... aux recommandations vaccinales, **le pdf des recos vaccinales**, quand t'as un truc un peu atypique ».

M6L60 : « donc comme je fais (...) beaucoup de vaccination (...) dès qu'il y a raté ou un rattrapage à faire (...) je vais sur le site **Vaccination-info-service** le classique »

M13L19 : « Et qu'est-ce que je regarde aussi assez régulièrement ? ... le **calendrier BEH** pour les vaccinations ... Euh les dernières reco, ils ont changé le Gardasil, l'hépatite B ces trucs-là. »

ou encore celui du Ministère de la Santé.

M5L24 : « J'ai un peu utilisé, oui euh... depuis deux ans là, **les sites du ministère** par rapport au Covid, pour avoir des informations tout ça ».

c. Les référentiels

Enfin, les différents **sites des Collèges de spécialité** sont assez plébiscités par l'ensemble des médecins interrogés.

M1L19 : « on a quasiment tous **les collèges de spécialité** qui sont en ligne »

M1L55 : « donc je vais chercher surtout **dans les collèges** »

M2L19 : « les **collèges de spécialité** quand c'est un peu plus compliqué. »

M13L70 : « souvent je vais sur les **items de l'internat**. Parce que je trouve que les fiches sont assez claires. »

2. SADM interactifs

Les praticiens ne **connaissent** et n'utilisent en général que quelques SADM interactifs ; bien que ce soit beaucoup plus pour certains.

M3L51 : « **y'a tous les clics !** Y'a *Gestaclit* (*rires*), y'a *ECGclit*, *Diabétoclit*, *Obésiclit* aussi maintenant, donc cela je les connais bien. »

M8L16 : « Alors moi en général je vais sur **Kit Médical** (...) c'est le site qui référence, je pense, tous les... enfin je pense qu'ils y sont tous dessus... Moi j'utilise beaucoup euh... *Dermatoclit*, *Ophthalmoclit* un peu, *Antibioclit* à fond, euh... qu'est-ce que j'utilise... *Diabétoclit*, y'a *Obésiclit* aussi je crois... bon **Pas à Pas** en pédiatrie je l'utilise... euh... y' un site pour les dossiers MDPH aussi (...), y'a un site pour la gestion des anticoagulants, je crois que c'est *Thromboclit*, y'a *VHclit* aussi qui est bien fait, Y'en a plein hein ! »

M10L18 : « Ouais, bah *Antibioclit*, *Pédiaclic*, *Gestaclit*, *Thyréoclit*, euh (...) c'est surtout ceux-là que j'utilise ! »

C. Découverte des SADM

Le plus souvent, la **connaissance des SADM** se fait **grâce aux pairs** (internes, associés). Parfois, la découverte se fait par hasard, ou sur d'autres sites internet.

M6L87 : « c'est avec **les autres médecins, qui m'ont montré**, qui m'ont dit celui là il est bien, celui-là je l'utilise, ect... puis après moi j'ai vu ce que j'aimais bien. »

M10L20 : « **Au pif !** Et sinon (...) y'avait **un généraliste** là qui, quand je me suis installé moi, qui... qui disait qui... tous les sites sur lesquels il allait piocher ! Mais c'était un truc... un généraliste qui tenait un **blog sur internet** quoi ! »

M12L30 : « j'ai fait un GEPECA avec **les internes** là, et ils ont **donné plein de références** »

M12L55 : « ces outils d'aide vous voyez, j'en ai déjà eu 54 000 dont on me parle, **mes associés m'en parlent**, y'a chacun qui dit "Ah t'as vu ça, t'as vu ça ?" »

II. Utilisation des SADM en consultation : les motivations

Les SADM sont employés pour différents motifs, et notamment lorsque les médecins sont en difficulté et/ou qu'ils souhaitent se faire aider dans leur pratique.

A. Faire face à des difficultés

Il est courant que les praticiens soient mis **en difficulté** en consultation et se sentent démunis devant une situation avec laquelle ils ne sont pas à l'aise.

M5L10 : « c'est un patient (...) que j'ai traité (...) par trithérapie, tri-antibiothérapie, j'ai fait un test par la suite, Helikit, qui est devenu positif, et du coup **je ne savais pas quoi en faire !** »

M6L10 : « des choses comme ça, un petit peu spécialisées... et on n'a pas vraiment euh...de... de conduite à tenir très stricte (...). Donc souvent **je suis assez embêtée** »

M8L8 : « la maman me l'emmène un samedi matin pour des vomissements matinaux depuis deux ans ! (...) Puis je me dis "bon, deux ans quand même, pfff... ça fait un peu long pour un problème neuro assez aigu" ! Donc je me suis dit "**bon, qu'est-ce que je fais ?**" »

M13L6 : « moi la gastro je déteste ça donc euh du coup l'ictère **ça m'a un peu fait trembler** en mode "oh là là qu'est ce qu'on fait déjà ?" et tout »

Parfois cela est seulement dû au **manque de connaissances**, du fait de l'étendue de celles-ci en médecine générale.

M2L32 : « parce que... même en faisant des formations **on peut pas** être... **savoir les recos de toutes**... de tout, quand on est généraliste, hein ! »

M3L114 : « on ne peut pas tout apprendre, et que de temps en temps il faut savoir **se remettre en question !** »

M10L53 : « Non. **On peut pas dire qu'on sait tout hein, c'est pas possible** hein ! »

M12L35 : « j'ai aucun problème à dire que **j'en apprend tous les jours et qu'il y a plein de choses que je ne sais pas**, et qu'il faut qu'il aille voir un spécialiste quand je ne sais pas »

Dans d'autres cas cela peut être dû au **manque d'expérience**.

M8L10 : « Mais bon, moi je viens de m'installer donc **j'en ai quasiment tous les jours des difficultés !** »

A cela s'ajoute **la difficulté à obtenir un avis spécialisé** rapidement.

M6L11 : « Et j'ai été embêtée car on n'arrive pas à le traiter, ...et **t'as pas forcément de spécialistes**. »

M7L11 : « **on n'a pas de réponse de spécialistes**... on n'a pas de...de consultation facilement avec les spécialistes... donc j'ai dû me débrouiller »

M13L66 : « d'avoir justement accès à un **spécialiste qui est relativement inaccessible** faute de temps, de téléphone qui ne répond jamais, ou de trucs comme ça quoi. »

B. Se faire aider pour mieux soigner

Devant les difficultés rencontrées, le praticien a plusieurs solutions pour se faire aider, notamment la collaboration avec des confrères ou l'usage des SADM.

1. Collaborer pour améliorer la prise en charge

Lorsqu'il y parvient, le généraliste fait régulièrement **appel aux spécialistes**, ou même à ses associés ou collaborateurs en première intention.

M5L10 : « et du coup je ne savais pas quoi en faire ! Donc je l'ai **adressé au gastro**. »

M6L19 : « Alors on va dire que dans la majorité des cas j'arrive à me dépatouiller. Et quand vraiment j'y arrive pas, **j'envoie chez le spécialiste** »

M7L13 : « Alors qu'est-ce que j'ai fait ? ...bon bah déjà j'ai fait le bilan en urgence **j'ai appelé la dermato**, je lui ai envoyé la photo pour qu'elle me dise ce qu'elle en pense. **J'ai demandé à mes associés** d'abord, je leur ai demandé de venir voir. »

M13L22 : « Si je sais pas, éventuellement **j'appelle le spécialiste** en question, mais s'il faut perdre vingt minutes je le fais. »

2. SADM et amélioration des pratiques

En cas de besoin, les médecins utilisent également les SADM, qui s'avèrent souvent très utiles selon eux. Et ce, pour diverses raisons :

D'une part, les SADM permettent d'**aider au diagnostic** ;

M3L17 : « Ben ça m'a permis de retrouver **le tableau syndromique** en fait »

M4L76 : « au final c'est comme un **outil de...de diagnostic** hein... quand même pas... un petit peu comme le stéthoscope ou la bandelette urinaire ou ce genre de chose, je trouve que ça fait un peu partie de l'examen clinique. »

M13L68 : « Moi je dirais que c'est pour **l'orientation diagnostique** que je m'en sers beaucoup. Devant tels symptômes quand je patauge un peu, quoi chercher ou quoi ne pas oublier. »

D'autre part, ils sont une **aide à la prescription**. Cela va pour les traitements médicamenteux (molécule, posologie, durée), mais également pour les examens complémentaires.

M4L21-27 : « c'est les sites que j'utilise pas mal pour savoir qu'est-ce que... qu'est ce qui peut être pris, **qu'est-ce qui peut être prescrit (...)** en fonction parfois des allergies ou des intolérances du patient »

M12L28 : « j'ai eu un doute sur la prise en charge, donc **j'ai revérifié Antibiocllic sur la durée** d'une otite alors que je traite euh... 15 otites par semaine quoi ! »

M13L44 : « il y a le *Vidal* que **j'utilise tous les jours sur les posologies ! (...)** Je sais quelle est l'indication du médoc et je vérifie la poso ».

M14L29 : « Et ça montre surtout **quel traitement était le mieux adapté** au début. (...) Savoir si je la mettais plutôt sous Tolexine ou plutôt sous Rifampicine »

Certains SADM font les deux à la fois, conférant ainsi une **aide globale**.

M3L47-55 : « je suis allée sur *Dermatoclic* (...) dedans y'a quand même des aides à la décision pour éviter de rien oublier. Et après t'as euh... les pistes thérapeutiques (...) **ça fait à la fois un rappel clinique et thérapeutique.** »

M13L72 : « Je check que j'ai balayé toutes les étiologies à chercher. Donc là, on est plutôt sur les **orientations étiologiques ou diagnostiques**. Après quand j'ai la cause et que je suis pas trop à l'aise sur la thérapeutique, ben je cherche une **réponse sur la thérapeutique.** »

Les SADM, du fait de l'aide diagnostique et thérapeutique qu'ils apportent, permettent aux praticiens d'**être plus efficaces dans leur pratique ;**

M7L54 : « Bah oui **ça nous facilite** notre travail quand même. »

M8L36 : « Pour éviter des oublis surtout, qui font perdre du temps en fait... Parce qu'avant j'oubliais et du coup on fait revenir le patient une troisième fois (...) Bon... je pense qu'on **gagne du temps !** »

M14L87 : « Le fait d'avoir des outils comme ça (...), ça peut vraiment, vraiment nous aider à ... à travailler de manière beaucoup **plus efficace** pour les patients. Et puis, voilà, d'aller **plus vite** dans nos décisions. »

et de **sécuriser** la démarche médicale.

M7L54 : « je pense que ça peut **limiter quand même certaines erreurs**....certaines erreurs médicales »

M10L75 : « Ah oui ça l'optimise, et puis c'est vraiment une histoire de **sécurité** pour les patients... et pour le praticien. »

M11L82 : « comme si ça amenait de la rigueur en fait, à la consultation. (...) Je pense que **ça évite euh... les décisions un peu pseudo-intuitives** »

M14L52 : Et au niveau de la **sécurité des soins**, je trouve que c'est quand même pas mal. Il faut, il faut, c'est même impératif. C'est obligatoire... »

C. Être serein dans sa pratique

Les SADM sont une **source d'assurance** pour les praticiens, qui peuvent ainsi agir en toute confiance.

M4L27 : « c'est plus pour **se conforter** dans l'idée que c'est le bon traitement ou le bon dosage, ou en fonction parfois des allergies ou des intolérances »

M9L63 : « Y'a des trucs que **je vérifie** même si je les sais, **pour être sûre** que c'est bien ça ! »

M10L33 : « Dès que je ne suis pas sûr à cent pour cent, **je vérifie**, avant de laisser sortir les gens. »

M13L60-62 : « c'est de **l'auto-réassurance en fait**. Tu sais, mais le fait de le relire tu te dis "ok bon je fais la bonne chose" donc tu oses le prescrire. Tu te dis 'bon, je

pensais comme il fallait, c'est la bonne dose, je fais mon ordonnance'. »

Ils les aident également à **actualiser leurs connaissances** régulièrement.

M3L155 : « Je pense qu'à un moment il faut **se mettre à jour** et que ça... ça peut pas être figé dans le temps...donc euh... ça doit passer par là. »

M4L88 : « Puis bon ça permet de mettre les **connaissances à jour**, les **actualiser** aussi, parce qu'au final tout va relativement vite. »

M9L65 : « ça permet de **rester à jour** (...) quand on n'a pas le temps de faire des formations dans tous les sens (...) **ça me permet de voir avec la biblio, d'aller chercher le texte intégral** »

M13L75 : « J'essaie de faire l'effort quand un patient me sort une ordonnance avec **un truc que je ne connais pas, sur le moment de regarder** ce que c'est quoi. »

Un des médecins semble dire que cela pourrait être utile à certains confrères qu'elle ne juge pas à jour des dernières recommandations :

M14L83 : « Parce que des fois, je t'avoue que j'ai vu des prescriptions de certains confrères d'un certain âge. Euh ... bon ils sont **pas du tout au courant des nouvelles reco**, tu vois. Donc, je me dis, bon ... Il y a peut-être quelque chose à faire de ce côté-là. »

III. Utilisation des SADM en consultation : en pratique

A. Relation médecin-patient

Concernant leur usage des SADM pendant la consultation, certains médecins préfèrent **rester discrets** vis-à-vis des patients ;

M4L57 : « et puis c'est **discret** parce que le patient il voit pas forcément que tu

cherches. »

M7L64 : « **je ne leur dis pas forcément** ce que je suis en train de faire sur l'ordinateur, mais parfois ça va très vite ! »

M8L24 : « J'essaie de **le faire en général en douce** pendant qu'il se pèse, mais oui oui, j'ai demandé à ce qu'on change l'inclinaison de l'écran parce que ça me limite beaucoup quand même ! »

M10L55-57 : « Le patient **n'est pas au courant** de ce qu'il se passe à l'écran hein ! (...) Non **c'est pas possible de leur dire** "Attendez je vais vérifier avec une machine". »

par **peur de décevoir** le patient, ou de **rompre le lien de confiance** qui les unit.

M10L57 : « **la majorité ils imaginent que le docteur il sait tout** hein donc... forcément... (...) Mais le patient il est convaincu qu'on connaît le *Vidal* par coeur quoi ! Et si tu lui dis que non, c'est une terrible déception ! »

M14L54 : « Après, euh.. Tout dépend du patient aussi. Parce qu'il y a certains patients qui te voient chercher ou te voient douter, il vont se dire "bon bah elle, voilà, **elle sait pas trop ce qu'elle fait**" donc euh... niveau confiance c'est pas top. »

Pour d'autres, cela ne pose aucun problème de dire à leurs patients qu'ils manquent de connaissances. Ils sont **transparents** avec eux.

M2L9 : « Et ben **je lui ai dit que j'allais me renseigner** parce que je suis un vieux médecin et que ça me... et que j'ai pas honte de pas savoir »

M5L39 : « oui, là je dis "attendez là je... **mes connaissances sont pas parfaites**, je vais juste prendre quelques infos" ».

M9L37 : « j'ai l'écran bien, bien euh... enfin autant pour moi que pour eux, et euh... **je cherche librement et sans cacher** ! »

M11L41 : « j'ai aucun scrupule, enfin **aucune gêne, je leur dis souvent**, ou quand je vérifie autre chose, ou les effets secondaires. »

Le plus souvent, les médecins **méconnaissent l'avis de leurs patients** concernant l'usage des SADM en consultation.

M4L70 : « Donc euh... **je pense pas** que ça les gêne, en tout cas j'ai pas eu l'impression que ça les gêne. »

M8L22 : « Mais moi **ça me pose question** quand même si le patient me voit chercher devant lui... »

La plupart des praticiens estime que **cela ne modifie pas la relation** établie avec le patient.

M2L43 : « Non. Non, non. **Ça modifie pas la relation** mé... je crois que tout le monde est habitué maintenant. »

M12L34 : « Ah ben... si on en est là c'est que... c'est pas la peine qu'ils viennent quoi ! (...) moi j'prends plus de nouveaux patients depuis 5 ans hein, **donc ceux qui sont là c'est qu'ils ont envie de rester** »

Ils supposent même que cela peut **mettre le patient en confiance**, voire le rassurer.

M2L44 : « Je crois que **ça les rassure** hein même... Qu'on soit... un peu à la pointe de la technologie... Non mais je pense que ça les rassure ! »

M4L70 : « Je pense qu'au contraire **ils préfèrent** plutôt que tu ne sois pas sûre, que tu prennes un petit peu de temps pour vérifier les choses et que tu leur dises que tu vérifies »

M13L30 : « Je pense même que des fois, **ils préfèrent** savoir qu'on sait pas forcément et qu'on cherche la bonne réponse plutôt qu'on fait semblant de savoir, et qu'on s'est planté. (...) Je pense même que **ça les arrange qu'on vérifie, que**

ça les rassure, plutôt qu'éventuellement on fasse le cow-boys »

Quelques-uns des médecins interrogés montrent directement au patient le SADM, pour **appuyer leurs propos**, mais aussi dans le but d'**améliorer l'observance du patient**.

M4L72-74 : « Et d'ailleurs ça m'arrive aussi de leur **montrer l'écran** pour ceux qui sont un petit peu sceptiques sur la durée du traitement (...) je pense que ça donne peut être un **petit peu plus de poids** à ce que tu dis et voilà (*sourire*). **Ça permet d'appuyer** un peu la chose. »

M7L64 : « je vais regarder avec eux... leur montrer et tout ça. »

M9L70 : « Quand ils me disent des trucs euh... J leur dis "Non, non, **regardez, dernière reco**, paf". Voilà ! »

Enfin, certains praticiens utilisent les SADM à visée d'**éducation thérapeutique**.

M11L42-44 : « Il y a même des fois où je tourne l'écran (...) pour leur montrer alors euh... (...) Enfin des schémas anatomiques, soit des vidéos là pour la ventoline, des trucs comme ça. »

M12L6 : « j'suis allée sur *Google* et j'ai marqué "fracture plateau tibial" et **je lui ai montré sur mon portable**, en visite, où était le plateau tibial »

B. Habitudes du médecin

1. Au cabinet de médecine générale

L'usage d'internet et des SADM en consultation semble être une question d'habitude.

M11L56 : « Et puis voilà depuis que je suis installée **j'ai mes habitudes**, donc c'est plus confortable et tout ça. Donc moi ça me paraît complètement naturel. »

On distingue alors les praticiens qui **utilisent Internet** rarement, fréquemment ou quotidiennement.

M14L37 : « Ça m'arrive **très très rarement** euh... très rarement d'aller sur Internet »

M4L23 : « **je cherche souvent sur Internet** mais c'est pas des logiciels particuliers, c'est plus des guides pratiques ou des petits arbres décisionnels »

M5L52 : « je me sers **plusieurs fois à chaque consultation** d'Internet ! Ça c'est sûr ! »

Il en est de même pour l'**usage des SADM**, qui peut être rare, fréquent ou quotidien.

M7L40 : « Non, **une ou deux fois par mois** à peu près, peut-être, ouais j'y vais moins »

M3L90-92 : « Là oui bien sûr, celui là **on s'en sert tout le temps**. Mais c'est normal ! »

M4L21-22 : « Donc ça c'est vraiment les deux que j'**utilise beaucoup**. »

M4L128-134 : « je m'en sers **vachement souvent**, bah, je vais pas dire tous les jours mais au moins **plusieurs fois par semaine** en tout cas. »

M6L29-31 : « Donc moi c'est les deux que j'utilise (...) **Tous les jours**, tous les jours. J'utilise au moins une fois, une fois de chaque ouais. »

M10L33 : « Bah l'utilisation ouais c'est euh...c'est **largement tous les jours** hein ! Après, moi, dès que j'ai un doute je vérifie **toujours** ! Donc du coup c'est vrai que je suis tout le temps en train de vérifier ! »

M12L9 : « j'ai *Antibioclac*, que **je regarde quatre, cinq fois par jour** »

Quelques médecins expriment même une forme de **dépendance**.

M8L96-98 : « pour moi **c'est inenvisageable** (...). Sans tous les outils qu'on a... aujourd'hui à notre disposition, c'est pas envisageable. »

M9L60 : « On se rend compte que globalement on est **vachement dépendant** »

M9L68 : « A l'heure actuelle je pense qu'**on ne peut pas s'en passer !** »

Aussi, **certains SADM ne sont pas utilisés**, car les médecins n'en ressentent pas le besoin ;

M1L53 : « Bah... *Doocteur* là avec deux o, euh... ouais **je l'utilise pas énormément** »

M5L29-31 : « Ah oui oui là j'en ai plein que j'ai mis en... en mémo, mais que **j'utilise pas** oui, effectivement. Parce que j'en ai finalement pas l'utilité, je m'en rends compte (...) ou ils sont pas pratiques oui, ça peut être les deux »

M12L15-17 : « Alors en fait euh... j'les connais mais **je les utilise très peu** (...). A part *Antibioclac* que j'utilise tous les jours »

ou qu'ils ont déjà d'**autres habitudes** de pratique.

M4L108 : « quand c'est fréquent bah forcément tu le vois souvent, donc après **t'es sûre de toi, donc tu te remets pas en question.** »

M9L25 : « Je l'utilisais beaucoup pour le diabète ça, oui ! Mais en fait une fois que **j'ai eu mes habitudes** euh... j'ai du mal à aller chercher de nouveaux trucs ! »

M12L55 : « Et en fait tant que j'l'ai **pas intégré à ma pratique** de façon pragmatique, eh ben... j'les utilise pas en fait ! »

Par ailleurs, on note que l'**usage du support papier** fait encore partie des habitudes de quelques médecins.

M2L97 : « je m'en sers toujours parce que moi **j'ai besoin du support papier** aussi ! »

M3L120 : « moi je sais qu'au cabinet **j'ai un cahier**... là j'ai mon autre cahier où je mets au fur et à mesure que des trucs qui me posent problème. »

M12L10-12 : « le **Dorosz** (...) En papier ouais, j'l'achète encore ! J'l'aime bien, vraiment »

M14L40 : « j'ai aussi **les revues** que je reçois tous les mois. »

Tandis que d'autres ont **informatisé** la démarche pour leurs **fiches personnelles**.

M3L147 : « Je pense, qu'il faut se faire ses propres euh... **ses propres topos** euh... tout seul comme un grand. »

M5L74-76 : « J'utilise beaucoup de **fichiers mémo moi**, (...) **que j'ai créés moi** ! (...) je peux les rouvrir quand je veux, je les réalimente, tout ça et tout... et c'est vrai que ça je m'en sers beaucoup ! »

2. En visite

L'usage des **SADM en visite** est également aléatoire selon les généralistes.

Certains apprécient y avoir accès en tout lieu.

M4L55 : « c'est rapide d'accès, tu peux y accéder partout pour peu que tu aies un accès internet, donc depuis les visites à domicile c'est aussi **super pratique**. »

M4L67 : « Vraiment à domicile c'est vraiment super...**super important**. »

M5L68 : « Le *Vidal* ! En visite **je ne me sers que du Vidal**, ouais.

Et utilisent même **les applications** des SADM.

M4L61-63 : « C'est que tu peux l'utiliser même quand tu es euh...bah **au domicile avec le téléphone** par exemple. Donc euh... donc oui là pour le coup ça me paraît (...) indispensable »

M12L47 : « j'ai accès au **Vidal sur mon application** ! Donc pas mal en visite. »

M13L52 : « Ah ouais **je m'en sers de temps en temps**. Ça m'évite de faire les calculs en fait. Euh ... Le *Vidal*, le *360 médecins*, j'ai le truc là, la roulette gestationnelle, ça je m'en sers pour chaque patiente enceinte. »

D'autres n'en voient pas l'utilité.

M5L70 : « Parce qu'en visite je ne vois vraiment que très rarement des personnes qui ont moins de quatre-vingt-cinq ou quatre-vingt-dix ans, c'est de la gériatrie, je... oui j'ai pas je...j'ai **pas vraiment besoin d'aide** sur des sites. »

M10L69 : « Non, non... C'est rarement de l'aigu hein les visites à domicile. C'est du chronique, des renouvellements, machin...Donc j'dirais **non, c'est pas indispensable**. »

M14L74 : « Alors, je fais des visites mais **je n'utilise jamais mon téléphone**. Sauf dans des calculs de doses, ça par exemple, ça, ça peut m'arriver »

3. Organisation des consultations

Chaque médecin **organise son temps de consultation** comme il veut, et y intègre l'usage des SADM en fonction.

M6L42 : « je peux pas passer cent ans temps à regarder, donc oui **il faut que ce soit deux minutes maximum**. »

M10L55 : « c'est pas du tout un problème hein... Au contraire ! C'est... il faut que ça se fasse **pendant le temps de la consultation !** »

M12L69 : « C'est pas assez rapide ! Pour moi il faut que ce soit... C'est le temps en fait ! C'est l'outil... C'est le temps ! C'est **la gestion du temps !** »

M13L22 : « En fait pendant la consult' ça me met souvent en retard mais comme ça m'arrive quand même pas à chaque consult' euh ... au moins c'est fait, **je gère le problème quand le patient est là**. »

On observe que plusieurs praticiens préfèrent parfois **prendre le temps de la réflexion**, en réalisant des recherches en dehors du temps de consultation.

M3L102 : « je **temporise** un peu la consultation, je leur dis que je vais chercher, chercher à la maison tranquille quoi ! »

M12L64 : « Non, j'ai cherché (...) Donc là j'me suis imprimé ça, et... j'ai pris le temps de regarder, de revérifier... voilà. **Mais plus tard, pas en consultation !** »

M14L53 : « Quand on n'est pas sûr de soi (...) Je pense qu'il **faut prendre le temps** de faire des recherches. Voilà. Pendant la consultation, je trouve que c'est un temps qui est trop court. »

Enfin, le généraliste doit savoir **s'adapter aux différentes situations cliniques** qu'il rencontre. L'usage des SADM l'aide dans cette approche, que ce soit vis-à-vis de ses patients ;

M3L70 : « Et puis un patient c'est pas une pathologie (...) t'as jamais le tableau syndromique parfait, magnifique et tout beau. Faut que tu **penses à des milliards de choses** tout le temps »

M14L18-19 : « il faut avoir plusieurs cordes à son arc (...). La médecine c'est pas une science exacte. C'est un art donc c'est aussi **en fonction du patient (...) et du contexte.** »

ou face à une situation inhabituelle.

M8L96 : « refaire les ordonnances à la main, ça a été une horreur absolue (*rires*), ensuite redemander tous les antécédents (...). Donc chaque consult' a été **multipliée par au moins deux au niveau du temps...** »

M9L61 : « j'ai fait une journée sans... sans informatique du tout, bah c'est **vachement plus long** ! Tu dois réfléchir euh... »

C. Avis positif du médecin sur les SADM

Si les SADM sont utilisés en consultation, c'est que les praticiens leur reconnaissent plusieurs qualités.

M1L46 : « **les résultats y sont très clairs**, ça tient en une page : première ligne de traitement, deuxième ligne en cas d'allergie, est-ce qu'il faut faire je sais pas, un contrôle ECBU machin, c'est dit. »

M4L55 : « Donc je les utilise très fréquemment et **heureusement que c'est là**, ouais franchement »

M11L18 : « je trouve qu'*Antibiocliv* il est quand même **particulièrement bien fait**. Il est succinct, il est mis à jour, enfin voilà. »

M11L84 : « Moi ça m'aide beaucoup, ça dépend aussi des personnalités et des styles d'exercice. Mais **pour moi c'est positif**. »

Une des qualités évoquée est la **rapidité d'utilisation**, et d'obtention de l'information souhaitée.

M2L59 : « Voilà... on trouve tout de suite ce que l'on veut, **ça va très vite**, c'est... »

M3L113 : « Bah ce qui me plaît c'est d'avoir une **information rapide** là où la mémoire fait défaut. »

M4L80 : « un gain de temps quoi, c'est **beaucoup plus fluide, tu gagnes du temps**, tu peux aller chercher les informations qui te manquent assez rapidement. »

M8L44 : « ça me sort la fiche d'hyperthyroïdie **en une seconde** quoi, c'est hyper rapide »

La **simplicité d'utilisation** est également appréciée par les médecins.

M1L45 : « voilà, je trouve que c'est **très simple** et très rapide d'utilisation »

M2L58 : « par exemple que ce soit le *CRAT* ou *Antibioclac*, c'est d'une facilité, je veux dire, **ils sont très faciles !** »

M3L43 : « sur le site du *Vidal*... T'as tous les antihistaminiques... t'as tous les...enfin c'est **classé par classe thérapeutique** donc c'est pas mal »

Il en va de même pour de nombreux SADM qu'ils jugent **bien adaptés à leur pratique** de la médecine générale au quotidien.

M1L39 : « à chaque fois ça répond en fait, **ça répond** à... aaaa.... **à des choses auxquelles on a affaire en médecine générale.** »

M1L64 : « on sent que c'est **adapté à la pratique**, à être utilisé avec le patient en face de soi. »

M2L61 : « C'est très très simple d'utilisation ! Et c'est pratique ! **ça correspond à ce que l'on recherche dans la pratique.** C'est très pratique, voilà. »

M13L37 : « Enfin je ne sais pas si tu l'as déjà utilisé mais il y a **cinq clics à faire** (...). J'avoue, si toutes les spécialités avaient un truc de ce genre, ce serait top. »

Les médecins accordent une importance particulière au fait que les SADM soient **actualisés régulièrement.**

M6L37 : « ils font **souvent des actualisations**, donc on voit les dates. En fait, ils mettent les dates de l'étude. »

M9L27 : « Moi j'utilise que ceux où j'peux voir rapidement et de façon efficace quand est-ce qu'a **été mis à jour**, selon quelle reco ! »

M10L43 : « Et puis derrière y'a les **traitements actualisés**... parce que des fois on n'est pas forcément au courant de tout »

M14L82 : « de dire "en fait je peux regarder **les dernières reco**" en deux clics. Voilà c'est génial. »

L'**arborescence décisionnelle** semble être un moyen de présentation que les généralistes apprécient,

M14L65 : « je trouve que c'est vraiment pas mal, avec **des arbres décisionnels**, je trouve que c'est vraiment bien fait en plus. »

M14L68 : « tu vois **les arbres décisionnels** moi je trouve ça génial quoi. »

de même que la présence d'une **barre de recherche**.

M1L51 : « y'a pas de question à se poser, on a un **petit truc de recherche**, on tape le médicament qu'on veut rechercher, et ça nous donne directement la page »

M3L54 : « C'est à dire tu tapes la... **tu tapes la... euh... la pathologie** genre « acné » et derrière ils te sortent les thérapeutiques que tu peux mettre selon les stades... Donc il est vraiment bien fait. »

D. Avis négatif du médecin

La non-utilisation des SADM par certains médecins s'explique par différents facteurs perçus comme négatifs par le médecin :

- la **perte de temps** : la recherche est perçue comme trop chronophage en consultation

M1L59 : « l'information il faut aller la chercher **c'est un peu plus long**, ouais. C'est un peu plus long et c'est pas forcément du coup adapté »

M6L66 : « Ouais, **textes impossibles**, de toute façon on n'a pas le temps de lire »

M10L39 : « tu **cliques cinquante mille fois sur un truc**, pour arriver à quelque chose, à ton résultat ! ça te faire **perdre du temps**, du coup tu le fais pas forcément ! »

M12L69 : « C'est **pas assez rapide** ! Pour moi il faut que ce soit... C'est le temps

en fait ! C'est l'outil... C'est le temps ! C'est la gestion du temps ! »

- **l'exhaustivité** du SADM :

M3L73 : « Bah pffou... typiquement les recommandations de la HAS pour **se la frapper en entier** c'est chiant quoi ! »

M3L123 : « Donc du coup y'a tout dedans, mais **y'a la moitié des trucs que l'on connaît déjà** ! Donc quand tu connais, y'a pas forcément besoin d'y revenir. »

M13L53 : « Y a **trop d'items**, c'est un fourre-tout pas possible, je m'en sors pas. »

- **la spécificité** du SADM :

M1L85 : « Ou parce que je cherche peut être quelque chose de très précis et que du coup j'ai pas besoin de **m'embourber dans des tonnes d'infos...** spécialisées. »

M7L42-50 : « *Thyroclis* (...) j'ai jamais utilisé (...) C'est pour un nodule thyroïdien, bon en fait c'est **super spécialisé**. »

- **la non-exhaustivité** du SADM :

M3L81 : « Et la plupart du temps, sur ces sites là, t'as **pas un moteur de recherche, euh...exhaustif**, en fait. Si tu tombes pas sur le bon mot pour décrire la pathologie tu la trouves pas... sur ce genre de site et c'est ça le plus gros inconvénient en fait. »

M6L71 : « Donc que ça par exemple, et la "fiche résumée" c'est un peu mieux mais il **y a pas tout**, tout ce qu'il faut quoi »

- **la non-intuitivité** du SADM :

M3L83 : « Et comme ça n'a pas été consensuel, on va dire, les bons mots dans la barre de recherche bah... souvent **tu peux galérer**. »

M7L40 : « Et il est **moins pratique** aussi je pense c'est aussi pour ça que je

l'utilise moins. »

M13L56 : « j'ai pas pris le temps de l'utiliser vraiment, mais elle est pas **ni intuitive, ni bien classée** donc je m'en sers pas quoi. »

- **le manque de clarté** du SADM :

M3L38 : « EBM j'aime pas trop parce que **c'est un peu fouillis** donc euh... ça me plait pas trop »

M6L60 : « C'est très **mal fait**, euh... donc comme je fais, en pédiatrie, beaucoup de vaccination, je trouve que c'est **pas clair** »

M10L39-40 : « c'est pas assez évident, **ça ressort pas de façon évidente** »

M13L53 : « je ne m'en suis honnêtement jamais servi parce que... je sais pas... il est **trop compliqué** »

- **le manque d'illustrations** du SADM :

M11L18 : « Je trouve qu'en dermato euh... Il est pas mal mais il **manque des photos** »

- **la non-adaptation** du SADM **à la pratique** :

M3L119 : « Parce que les problématiques de tous ces outils là c'est que souvent (...) **ça suit pas forcément ta propre logique** pour les recherches... donc ça c'est chiant. »

M5L32 : « ils sont pas pratiques oui »

- **le décalage des référentiels avec la pratique** :

M1L59 : « c'est la problématique des pdf, des collègues... (...) c'est de la **médecine très théorique** donc c'est vraiment la médecine qu'on apprenait en externat. Donc c'est pas très adapté à la pratique, c'est très... euh... euh... académique. »

M3L70 : « Et puis un patient c'est pas une pathologie c'est ça qui rend les choses compliquées. C'est que **t'as jamais le tableau syndromique parfait, magnifique et tout beau**. Faut que tu penses à des milliards de choses tout le temps. »

Pour finir, **l'accès à une connexion internet** est une limite matérielle à l'usage des SADM soulevé par l'un des médecins.

M3L140 : « Et puis dans les endroits où **ça ne capte pas** les applications c'est insupportable ! (*rires*)... Genre les maisons de retraite (*rires*)... »

IV. Evolution et perspectives

A. Médecin, un métier en évolution

De même que la médecine, le métier de médecin est en constante évolution : les praticiens constatent que l'apparition d'Internet, et donc des SADM, a **révolutionné les pratiques**.

M2L21 : « j'ai connu **avant Internet et après**, je veux dire, de pouvoir avoir très très rapidement une réponse sur euh... sur un site médical, je veux dire **c'est une avancée** pour moi absolument extraordinaire »

M6L84 : « ...**les pratiques ont complètement changé**, et ça a facilité beaucoup de choses.»

M11L80 : « Il y a quand même eu **une évolution** quoi. Il y en avait... enfin même si on avait Internet, il y en avait beaucoup moins. Et puis au tout début, il n'y avait pas *Antibiocllic* tout ça. »

M14L81 : « Quand j'ai fait mon stage d'interne en médecine générale. Euh... c'était **pas forcément des cabinets qui étaient informatisés** et je t'avoue que des fois, j'étais vraiment dans la mouise. »

Pour beaucoup, l'usage du **support papier** est une **pratique obsolète**.

M2L29 : « c'était surtout dans les revues médicales que l'on cherchait, mais l'on ne trouvait pas obligatoirement à l'instant T, tandis que là **c'est instantané !** »

M5L46-48 : « Bah oui, **c'était les bouquins !** Je m'en souviens ! (...) Ouais, ouais, ouais... j'ai commencé, comme ça »

M6L85 : « les toutes premières années d'externat, on tournait les pages de notre de **Dorosz** qu'on avait dans la poche et qui pesait une tonne »

L'évolution des pratiques place **Internet** comme principale **porte d'accès au savoir**.

M1L13 : « **Internet** on trouve euh... facilement et rapidement toutes les données »

M8L62 : « Donc là **je me forme en ligne** avec les plateformes DPC (...) **je fais des formations en ligne** pour apprendre »

M9L6 : « Euh... exposition à l'amiante et surveillance : quoi, quand, comment ? **Comment j'ai géré ? Internet ! (Rires)** »

M10L8 : « Euh... **Dr Google ! (rises)** Parce que en hémato moi j'ai pas de site sur lequel je vais pour... pour rechercher. »

C'est une façon pour les médecins **d'avoir rapidement accès aux connaissances** recherchées.

M1L18-20 : « c'est une manière d'avoir **accès rapidement à l'information** (...) et puis on a tous **un ordinateur sous la main maintenant** »

M5L57 : « ...si le site est bien fait, et qu'il est assez carré, tu peux **accéder très rapidement à ton informa... à l'information** que tu cherches »

M9L22 : « ...il est sur Internet, et j'l'ai en raccourci sur ma barre de tâches ! **Facile d'accès !** »

B. L'esprit critique du médecin

En plus de leurs propres connaissances, une partie des médecins s'assure de la bonne validité des données en **vérifiant les sources**.

M1L79 : « je vais pas voir les sources, mais je regarde sur la page **comment ça a été sourcé**, effectivement, oui si ça cite des choses sérieuses, ou si ça cite des trucs qui paraissent un peu plus légers quoi... »

M6L35 : « souvent je clique sur le lien..., j'aime bien lire, parce qu'ils mettent **le lien des sources** »

M12L53 : « Même moi, ma génération, on a appris la première chose, j' pense la deuxième année de médecine, c'était *Evidence-Based Medicine*, **vérifier les sources**... comment on peut avoir confiance en une source... »

M13L40 : « Je vérifie ouais (...) **d'où viennent les sources**. Oui je fais quand même attention, parce que le problème c'est qu'Internet tu peux aussi trouver n'importe quoi. »

On observe donc qu'ils accordent de l'importance à la **fiabilité des données**.

M1L75 : « il faut **qu'on sache d'où ça vient** c'est... c'est plus qu'important en fait, c'est primordial »

M2L54 : « Ben d'abord pour les collègues, c'est quand même pour la pointe, **pour être sûr de... de ce qui se dit** quand même ! »

M7L58 : « Oui il faut que ce soit quand même **validé par certaines**... je sais pas... **sociétés savantes**, quelque chose comme ça. »

M10L63 : « y'a le *CRAT* (...) ! Il est **hyper fiable** quoi ! Toute façon ce ne sont que des sites qui ne sont développés quasiment que **par des universitaires** ! »

D'autres praticiens **ont confiance** dans certains SADM et ne contrôlent pas la fiabilité des sources.

M2L65 : « j'ai tendance à **faire confiance** ! Quand c'est des sites de collègues ou des sites connus comme ça... euh... je vais pas sur *Doctissimo* ! »

M5L58 : « je pars du principe qu'elles **sont censées être fiables** ! »

M8L38-40: « Alors j'avoue que **je ne me questionne pas trop** sur la fiabilité ! (...) J'avoue je... je ne fais pas de grandes recherches biblio de fiabilité ! (*rires*) »

M12L49 : « Pas du tout sur *Antibiocliv* ! Pas du tout ! J pense que pour moi c'est une source de référence, et qui est elle-même vérifiée et validée par la plupart des collègues des médecins... **Non, non, je vérifie pas** ! »

Dans tous les cas, l'utilisation des SADM ne dispense pas les généralistes de **garder un œil critique**, et de rester **maîtres de leurs décisions**.

M5L22 : « **je voudrais pas qu'un robot euh... décide pour moi** quand tu... de mettre plein d'informations sur un patient et qu'à la fin il dise "il a ci, il a ça, faut lui faire ci, faut lui faire ça" quoi...voilà. »

M8L40 : « Après bon... J'ai aussi **un esprit critique** sur ce que je lis ! (...) Si je vois quelque chose qui me paraît... je ne le ferais pas non plus même si c'est écrit sur le site »

M12L51 : « Bah... très honnêtement après le reste **je prends pas "premier degré"** aucun autre site particulier quoi... »

M14L50 : « je fais confiance en ma médecine, en ce que j'ai appris, et euh.. c'est vrai que (...) si tu veux je ne vais **pas forcément être hyper influencée** »

C. L'outil idéal

1. La forme

D'après les généralistes, l'outil idéal se présenterait sous la forme de différentes **arborescences décisionnelles**.

M4L94 : « **l'outil idéal** (...) c'est à dire **arbre décisionnel**, c'est à dire euh... Tu essayes de partir un peu large, et d'arriver petit à petit vers ce qui t'intéresse. Donc peut-être selon le homme/femme déjà, adulte ou enfant, selon la classe d'âge,... »

M4L98 : « je l'imaginerais comme ça (...) à chaque choix que tu fais, bah ça permet d'exclure une partie des diagnostics ou une partie des traitements (...). En fait ce serait **une espèce bah... d'arbre de décision** en fonction de probabilités. »

M6L52 : « si on avait dans l'asthme **un arbre décisionnel** plus clair où l'on clique et on voit j'ai donné ça...ça en première intention, ça en deuxième intention (...). Je pense que ça aiderait pas mal. »

M7L27 : « **Des arbres décisionnels**... quelque chose de très visuel, pour aller voir rapidement ce à quoi on ne pense pas en fait.

L'accès aux données pourrait être facilité par l'usage d'une **barre de recherche**.

M8L42 : « Et après surtout un... **un moteur de recherche** ! Parce qu'ils ne l'ont pas tous le moteur de recherche, et c'est dommage je trouve ! »

C12L36 : « *si vous deviez imaginer un outil idéal ?* M12L37 : Ce serait un *Google* du médecin, où **je marque mes mots-clés**, voilà un moteur de recherche (...) avec deux-trois mots-clés qui orientent, et puis que tout de suite ça m'ouvre euh... »

Les données doivent être classées **par spécialité** pour simplifier les recherches.

M9L44 : « je pense que ce qui serait bien, c'est par **type de matière**, 'fin tout ce qui est cardio-vasculaire, endocrinologie, euh fin tout ça... »

M13L34 : « Intuitif oui et **bien classé** je dirais. Enfin, finalement classé comme on l'apprend à l'internat en fait. Donc comme on apprend la médecine **par organe** quoi. »

M14L62 : « que ce soit répertorié en fonction **des symptômes** ou **de la spécialité**, etc... Ça, ça peut être sympa aussi »

D'autres points essentiels ressortent comme l'importance de la **rapidité d'utilisation**,

M6L53 : « Donc je pense qu'il faut que ce soit très clair, il faut que ce soit **rapide** »

M7L68 : « Idéal c'est-à-dire on se connecte, on a juste à faire quelques clics et euh...et ensuite que ça soit facile, intuitif et **rapide** »

M9L65 : « J'trouve que c'est hyper important, **la rapidité**... »

M10L65 : « il faut qu'il soit hyper pratique à utiliser, il faut que ça aille vite »

mais aussi l'aspect **interactif**,

M1L44 : « après **on choisit** est-ce qu'il y a une insuffisance rénale machin **on clique**, et puis ça marche par arbre comme ça et on finit par atterrir sur le truc qu'on... »

M8L42 : « j'aime bien (...) que ce soit... je sais pas comment dire... **interactif** ! (...) Des fois les algorithmes déjà tout prêts, tout sortis c'est vrai que bon...pfff, je fais moins l'effort, **donc plus interactif** comme *Antibiocliv* »

M14L62 : « Et puis euh... Des forums tu vois où ... certains confrères **peuvent poser des questions** (...). Ça, ça peut être sympa aussi. Je trouve que voilà. Ou un **logiciel de discussion** aussi. »

l'aspect **ergonomique**,

M10L40 : « Donc y'a l'**aspect ergonomique** et il faudrait que ce soit un petit peu plus aidant... »

M13L38 : « Mais que ce soit, comme tu dis **intuitif**, rapide et puis un peu comme la réflexion qu'on a en médecine, par flèche quoi. »

ou encore **visuel** du SADM.

M1L70 : « Voilà, que ce soit **lisible**, que ce soit compréhensible... »

M6L68 : « il faut que ce soit, soit **avec un schéma**, soit avec des clics et on a une réponse, enfin pour moi, je n'aurais pas le temps de faire autrement. »

M7L27 : « Des arbres décisionnels... quelque chose de **très visuel**, pour aller voir rapidement ce à quoi on ne pense pas en fait. »

Comme attendu, **l'actualisation des données** semble être un gage de qualité de l'outil, et est en somme perçue comme une caractéristique importante du SADM idéal.

M3L126 : « que se soit aussi agrémenté **avec les nouvelles reco** ect... Par le concepteur. Ça ça serait très intelligent. »

M6L53 : « il faut que ce soit **actualisé régulièrement**. Parce que on peut pas se baser si on fait un truc et que ça reste comme ça...faut que ça change tout le temps. »

M7L28 : « Et puis de l'aide à la thérapeutique aussi comme dans *Antibioctic*, où ils nous donnent **les dernières recommandations** (...) des trucs qui changent tout le temps. »

La personnalisation du SADM est abordée par une seule participante.

M3L120 : « Si on avait un outil d'aide à la décision comme ça, où y'a une base qui est agrémentée par le concepteur et sur laquelle on peut nous **personnaliser** des

choses. »

M3L126 : « Le truc idéal ce serait qu'il y ait une application sur laquelle on agrèmente nous au fur et à mesure en fonction de nos connaissances... sur lesquelles on va pouvoir aller rechercher de manière assez simple et logique mais **selon notre propre conception des choses** »

Pour finir, la création d'un **site unique** dédié à la médecine générale est évoquée par plusieurs médecins.

M1L66 : « un outil (...) qui couvre à peu près **tout le champ**... auquel on peut être, à **tout ce à quoi on peut être confronté** en médecine générale »

M2L74 : « Qu'on n'ait pas à chercher dans différents collèges (...) mais **sur le même site groupé**. »

M9L47 : « **Ça éviterait d'avoir dix millions de supports différents** ! C'est ce qui me pose problème moi »

M12L61 : « Il faut... **qu'il n'y ait pas cinquante-quatre outils** ! »

Tandis que pour un participant, l'élaboration de cet outil couvrant toutes les spécialités ne paraît **pas primordial**.

M11L35 : « Alors oui, peut être que ce serait plus facile. mais euh ... en même temps, moi **ça ne me dérange pas** d'avoir euh ... d'avoir cinq outils en favoris et de me dire hop, hop, hop. »

2. Le contenu

Au niveau du contenu, les praticiens insistent souvent sur **la nécessité de clarté des informations** données, certains désirent un **outil synthétique** ;

M1L68-60 : « qui soit simple, **succinct**, qu'on n'ait pas des tonnes et des tonnes d'informations (...) et où on trouve vraiment l'information qu'on cherche et **pas de**

superflu »

M4L94 : « Alors, l'outil idéal je pense que déjà il n'y aurait pas trop d'informations dessus, que ce serait euh plutôt quelque chose de euh... **de clair et de concis**... »

M7L72 : « Il ne faut pas voilà que ce soit trop compliqué, pour que ça aille quand même **à l'essentiel**. »

M13L38 : « pouf, pouf t'as une **petite conduite à tenir** un peu systématisée comme un **protocole** d'urgence finalement »

quand d'autres souhaitent plutôt un **contenu exhaustif**, notamment en ce qui concerne les diagnostics différentiels, la conduite à tenir, le suivi.

M8L48-52 : « Plutôt **une fiche complète** (...) où je puisse aller voir ce que j'ai envie de voir, **le traitement, le suivi** ensuite, après le traitement... tous les combien je sais pas... je dois renvoyer chez le **spécialiste**, ou mon **suivi biologique** si je dois le faire annuel, bi-annuel... ça j'aimerais bien »

M10L35 : « Euh l'outil idéal... euh ce serait (...) un truc qui va nous dire ben ça, ça, ça, il faut l'éliminer impérativement. Que ce soit avec de la **biologie, des radios ou l'examen clinique** »

M12L19 : « Enfin moi j'imagine (...) j'sais pas si je marque "plateau tibial fracture", que tout de suite on me mette le **délaï de cicatrisation, la durée de l'arrêt, radiographies** à faire, **traitement** »

Concernant les pathologies à aborder dans un modèle de SADM idéal, les médecins ont un avis partagé, évoquant tantôt les **pathologies fréquentes et aiguës**, tantôt les pathologies plus **complexes** du champ de la médecine générale.

pathologies fréquentes : M2L74 : « pour les patholo... l'hypertension, le diabète, les problèmes rhumato **les plus courants**, les problèmes infectieux **les plus courants** »

pathologies aiguës : M4L114 : « ouais plutôt pour des trucs **aigus**, je pense que ça pourrait être plus, plus utile. »

pathologies complexes : M7L32 : « Bah tout ce qui est infectieux, **tout ce qui est urgent**, et tout ce qui est médecine interne... les trucs que voilà, un peu **compliqué**. »

3. Le couplage au logiciel métier

Les idées divergent quant au couplage du SADM au logiciel métier.

Certains médecins y verraient **un intérêt dans leur pratique**,

M8L82 : « ça serait **vraiment bien**, qu'il prenne en compte, je sais pas si on pouvait rentrer la créat' dans notre logiciel métier. Ça serait le rêve je pense. La créat', les allergies, le poids, l'âge... »

C10L64 : « *si on devait donner trois ou quatre points positifs pour décrire le SADM idéal ?* M10L65 : (...) et puis je dirais, que s'il pouvait être couplé au logiciel métier, ce serait **parfait !** »

de par la traçabilité et la **pérennité des données** qu'apporte le logiciel métier.

M7L86 : « Ouais bien sûr parce que en plus on peut **avoir une trace dans le dossier** par exemple, ça peut être bien. »

M11L76 : « Après le truc intéressant si c'est intégré, c'est de faire un, enfin que ce soit **mémorisé dans le dossier patient**. »

Tandis que d'autres ont un **avis contraire**, craignant que le logiciel métier fournisse trop d'informations, non pertinentes ; avec un risque de perdre la main sur leurs prescriptions.

M6L79 : « **J'aime pas trop**, parce qu'en fait les logiciels, même s'ils sont bien faits, ils vont avoir des informations qui, à la fin, ne sont **pas utiles** pour moi. »

M9L53 : « ça va peut-être **restreindre ta marge de manœuvre**. C'est à dire que si c'est couplé sur le logiciel métier ça voudrait dire (...) que ça te propose éventuellement une ordonnance-type, (...) **le risque c'est de moins regarder** ce que tu... prescrites, moins regarder ce que tu sors »

On note que le *Vidal*, ou la *BCB* par exemple, sont des SADM actuellement déjà couplés au logiciel métier, qui sont très utilisés.

M6L84 : « moi j'ai le *Vidal* sur l'ordi. Le *Vidal*, on a un doute sur un médicament, une allergie, une contre-indication, on tape et en deux deux c'est fini. »

M13L44 : « il y a le *Vidal* que j'utilise tous les jours (...) c'est un outil qui de toute façon est sur notre logiciel. Ça je le regarde peut-être quinze, vingt fois par jour »

M14L8 : « Alors moi j'ai la *BCB*. Je ne sais pas si tu connais. C'est intégré dans mon logiciel en fait. Le logiciel euh... dossier patient. »

4. L'application mobile

La perspective d'une **application mobile** pour le SADM idéal ne fait pas non plus l'unanimité, en fonction des pratiques des médecins.

L'idée semble **approuvée** seulement par les praticiens effectuant régulièrement des visites à domicile.

M7L74 : « Hum... bah je pense que **ça serait bien**. Parce que quand on est à domicile on a besoin aussi parfois de se renseigner, et c'est pas du tout évident d'aller sur Internet et tout ça. »

M8L80 : « je me sers d'*Antibio clic* aussi à la maison, à domicile je le fais aussi, donc euh... pourquoi pas sous forme d'appli oui, **ça serait chouette** je pense ! Ça pourrait être sympa ! Pratique d'utilisation quoi !

M14L72 : « j'ai fait SOS Médecin pendant deux ans et c'est vrai que **ça aurait été**

pratique d'avoir une application pour euh ... d'aide à la décision euh ... voilà. »

Les autres praticiens n'en voient pas l'utilité, ou doutent de la fonctionnalité de l'application.

M6L73 : « Alors, honnêtement moi **j'en verrais pas l'utilité...** parce que je fais très peu de visite à domicile. Je trouve que c'est quand même beaucoup **plus agréable de regarder sur mon ordinateur** que sur mon téléphone. »

5. Les limites de l'outil idéal

Pour quelques médecins la **création d'un SADM idéal paraît limitée** par plusieurs facteurs à prendre en compte :

- L'instauration d'un **accès restreint** au SADM, via un abonnement payant, qui limiterait ainsi son utilisation ;

M3L55 : « Donc il est vraiment bien fait. Mais **il faut être abonné** quoi. »

M7L90-92 : « Est-ce que l'on serait **prêt à payer** pour l'avoir ? Je pense que oui si c'est pas très... si c'est pas excessif et que c'est très intéressant »

- La difficulté à généraliser le concept à tous les items, notamment pour **les pathologies trop complexes** ;

M6L52 : « je pense qu'il y a des pathologies où c'est **pas applicable** malheureusement. »

- Enfin, **l'étendue de la médecine** apparaît comme un facteur limitant, rendant difficilement concevable l'élaboration d'un SADM idéal complet.

M3L115 : « il faut avoir conscience des limites de ce genre d'outil d'aide à la décision (...) Tout simplement parce que **la médecine c'est trop vaste en fait !** »

M11L35 : « J'ai un peu de **mal à croire que ce soit possible** de faire un truc aussi

exhaustif. Je suis **pas sûre que ce soit pertinent.** »

M13L32 : « on peut tellement **tout voir** en consult' nous en tant que médecins généralistes, que euh... faire un système d'aide aux médecins généralistes je pense que c'est **improbable de réussir.** »

C'est pourquoi la conception de cet outil idéal semble encore **trop prématurée** d'après quelques participants, et serait dénuée de sens pour le moment.

M11L78 : « C'est pas ça mais je trouve qu'on n'en est tellement pas là que **c'est mettre la charrue avant les bœufs** quoi. »

M11L86 : « J'ai pas l'impression qu'on puisse faire un truc unique comme vous disiez, ça me paraît **un peu prématuré** mais bon »

M14L71 : « je ne suis pas sûre que les anciens... voilà. Ils soient... enfin je veux dire... suis **pas sûre qu'ils adhèrent** forcément à ça »

DISCUSSION

Forces et faiblesses de l'étude

Une des faiblesses de l'étude correspond au biais d'investigation, en raison du manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Ces difficultés à conduire les entretiens peuvent expliquer leur durée relativement faible (15'33 en moyenne par entretien).

Les enquêtrices ont tenté de corriger ce biais d'investigation :

- en passant un contrat clair de confidentialité avant l'entretien, afin de rendre le participant moins méfiant et d'avoir un discours plus riche ;
- mais également en effectuant chacune une formation à la recherche qualitative, dispensée à la faculté de Médecine de Marseille ; et grâce à la lecture du manuel *Initiation à la recherche qualitative en santé*, écrit par le GROUM.F.

Malgré leur formation théorique et les efforts effectués par les deux étudiantes, ce travail reste le fruit d'une première expérience en tant que chercheur en analyse qualitative, qui peut aussi être source de biais méthodologiques.

Ces biais ont pu être atténués par :

- la tenue d'un journal de bord partagé, tout au long du processus de recherche, afin de faciliter le travail, d'en garantir la qualité ; mais aussi d'assurer une cohésion dans « l'équipe » et de permettre au directeur de superviser (cf Annexes);
- la réalisation d'un entretien test, qui a permis d'ajuster la posture à adopter en tant qu'enquêteur, et d'affiner le guide d'entretien ;
- la retranscription fidèle de chaque entretien au mot près.

Un biais de recrutement est envisageable car les médecins généralistes interrogés exerçaient pour la plupart en zone urbaine ou semi-urbaine, étaient tous informatisés et ne connaissaient aucun problème d'accès à Internet.

En outre, les premiers entretiens réalisés correspondaient à des connaissances, facilitant les accords d'entretiens. Toutefois, il est à noter que cela a permis l'obtention d'un climat de confiance plus facile pendant l'interview.

De même, pour diminuer l'impact de ce biais, la grande majorité des entretiens a été réalisée au cabinet des participants, afin d'instaurer une ambiance professionnelle. Deux des entretiens ont été réalisés en visio du fait de la crise Covid-19, mais également dans le but de simplifier les démarches. Pour rendre plus authentique l'échange et la discussion, l'enquêtrice a pris soin de cacher sa propre caméra de manière à ne pas se laisser distraire.

De plus, un biais de désirabilité de la part des participants est possible, car les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques médicales, or on sait que la tendance naturelle pousse à vouloir se présenter sous une meilleure facette.

Par ailleurs, l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel *Excel*. Les logiciels d'analyses qualitatives plus spécifiques tel que *N-Vivo* apportent une meilleure clarté des données, mais leur utilisation n'est pas indispensable et le fait de ne pas y avoir recours ne remet pas en cause la validité du travail. *Excel* était déjà maîtrisé par les deux chercheuses, et a paru suffisant : chaque étape de codification de l'analyse qualitative a été respectée avec ce logiciel (18).

Enfin, un biais d'interprétation a pu exister, limité par la triangulation des données, qui permet de résoudre les différences d'analyse pour obtenir des résultats plus riches et plus robustes.

Le principal atout de notre étude est la réalisation de la thèse en binôme, la double analyse des entretiens renforçant la rigueur de notre travail.

Résultats principaux

L'objectif de l'étude était d'explorer les représentations, expériences et attentes des médecins généralistes concernant l'usage des SADM en consultation.

Les résultats obtenus corroborent la littérature sur le sujet.

Premièrement, deux types de SADM différents ont été identifiés : les SADM non-interactifs, ne permettant pas au médecin d'adapter le contenu à la situation clinique ; et les SADM interactifs prenant en compte les caractéristiques des patients (19).

Une grande majorité des médecins y a recours en consultation. C'est pour eux une façon d'obtenir, le plus souvent, une réponse rapide et facile à leurs interrogations.

A l'heure du numérique, et alors que les connaissances médicales et la recherche sont en constante évolution, les SADM apparaissent comme une aide précieuse dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique (2).

Ces derniers sont utilisés dans la continuité de l'examen clinique. Ils permettent une amélioration des pratiques, du fait d'une meilleure efficacité des généralistes et de la sécurisation de la démarche médicale qu'ils apportent, comme le confirment plusieurs méta-analyses (20–22).

Le médecin est ainsi plus serein dans sa pratique, car il sait qu'il peut s'appuyer sur les SADM dans son raisonnement clinique. Il peut alors appliquer les dernières recommandations de manière optimale à chaque patient, sans majorer son temps de consultation (23, 24).

Ainsi, quelques médecins nous ont fait part de leur sentiment de dépendance à ces outils, tandis que d'autres les utilisent avec parcimonie de peur que leurs choix ne soient trop aiguillés (25).

L'utilisation des SADM n'exclut bien sûr pas la réflexion du médecin, qui reste le seul maître de ses décisions. On peut d'ailleurs lire en première page de quasiment tous les SADM que *“Le contenu ne se substitue pas à la responsabilité de prescription et de décision du médecin”* (26).

Une majorité des généralistes interrogés est attentive aux sources des informations, même si certains praticiens ont tendance à faire confiance aux SADM.

Une partie des participants avoue utiliser directement le moteur de recherche *Google* pour accéder aux informations par souci de rapidité et de facilité, alors qu'une autre valorise l'ergonomie et la simplicité d'utilisation de SADM plus complexes (27).

Parmi eux, *Antibiocliv* et le *Vidal* sont les SADM les plus cités et les plus employés par les praticiens, car, répondant aux critères ci-dessus, ils sont bien adaptés à la pratique (28).

On remarque que l'usage des SADM est régi par les habitudes : les généralistes en utilisent deux ou trois régulièrement voire fréquemment, qu'ils apprécient et dont ils ont l'habitude, mais ne font pas la démarche d'aller en chercher d'autres.

Lorsque les SADM ne sont volontairement pas utilisés, c'est en général la perte de temps ou encore la non-adaptation à la pratique qui sont mises en avant. Les médecins ne pouvant s'adonner à une recherche très chronophage et fastidieuse en consultation préfèrent reporter la recherche d'informations, afin de pouvoir prendre le temps de le faire (29).

L'ensemble des praticiens interrogés, qui exerçait avant la généralisation d'Internet, s'entend pour dire que celle-ci a révolutionné leur pratique (30).

La plupart des médecins voit un intérêt au développement des SADM, et s'accorde à dire que le contenu du SADM doit être en adéquation avec leur pratique.

Les généralistes souhaiteraient un SADM simple d'accès, exposant une conduite à tenir claire et avant tout rapide, concernant les pathologies courantes de la médecine générale, classées par spécialités. Une autre qualité essentielle invoquée est l'actualisation permanente des données en s'appuyant sur des sources fiables. Aussi, l'arborescence décisionnelle est la mise en forme de loin la plus mentionnée. Elle facilite la lecture des informations et oriente rapidement l'internaute.

Enfin, l'élaboration d'un outil unique semble être la solution pour les praticiens perdus par la quantité d'outils existants, et se privant en conséquence de leur utilisation.

En revanche, plusieurs points ne font pas l'unanimité : l'outil idéal des praticiens diverge en fonction de leurs habitudes. Ainsi, les médecins ne réalisant que peu ou pas de visite à domicile ne voient pas d'intérêt au développement d'une application mobile. Concernant le contenu, quelques généralistes aimeraient une aide complète, exhaustive, quand d'autres attendent des informations synthétiques, ne désirant voir que les points essentiels de l'item. Enfin, la présence d'une barre de recherche est sollicitée par plusieurs participants.

Dans la littérature, il existe différents référentiels d'évaluation et labellisation des sites en santé, tels que la charte *HONcode*, le *Netscoring Santé*, ou encore les critères *eEurope 2002*, mais aucun n'est validé concernant les critères de qualité d'un bon SADM. Un article de la revue *Exercer* s'efforce de présenter la charte de qualité des outils Internet d'aide à la décision clinique : on retrouve de nombreuses

similitudes entre les objectifs et les qualités indispensables énumérés par les médecins généralistes dans notre étude tels que l'actualisation, l'ergonomie, la clarté, l'accessibilité ou encore l'interactivité (6).

En outre, quelques participants pensent que l'élaboration d'un SADM idéal complet est difficilement concevable du fait de l'étendue de la médecine. On note qu'en effet des travaux tels que celui du Collège de Médecine Générale, qui souhaitait créer 750 fiches théoriques actualisables, spécialement destinées aux médecins généralistes et rassemblées dans son corpus *Archimède*, n'ont finalement jamais vu le jour (31).

Pourtant, quelques outils "complets" ont déjà pris forme, comme *Doctofiche*, *Ordotype*, ou encore *ClinicalKey Now*. Ce dernier, développé par Elsevier à l'aide d'un comité scientifique, réunit en un seul outil, l'ensemble des informations utiles à la pratique des médecins sous la forme de synthèses cliniques et arbres décisionnels. Toutefois, comme pour les deux autres outils complets cités, l'accès est limité à ses seuls abonnés.

Pour finir, un des résultats de notre étude n'a pas été énoncé par les participants au cours des entretiens réalisés, mais découle de la démarche inductive menée lors de l'analyse des données, pour notre travail de recherche qualitative.

Les enquêtrices se sont aperçues que, comme on aurait pu s'y attendre, l'âge des médecins a une influence sur leur usage des SADM. Effectivement, leur âge est inversement proportionnel à leur tendance à promouvoir ceux-ci dans leur pratique. Une des explications possible réside dans la facilité et l'habitude qu'ont les plus jeunes à manipuler les outils informatiques en toutes circonstances. Ce constat est confirmé par une étude de la DREES de janvier 2022, au sujet de l'usage du SADM *Antibiocllic* (28).

Les perspectives

Plusieurs conséquences de notre étude sont possibles.

Premièrement, pour la recherche : nos résultats ouvrent des possibilités d'aller plus loin dans la connaissance.

Ainsi, notre étude a montré que la relation médecin-patient n'est, d'après le praticien, pas modifiée par l'usage de SADM en consultation. Interroger les patients en menant une étude en miroir serait intéressant pour connaître réellement leur avis, afin d'étudier l'impact de cet usage sur la relation médecin-patient selon le patient.

Par ailleurs, les médecins nous ont confié avoir également recours aux SADM dans le but d'accentuer l'adhésion thérapeutique du patient. Élargir l'usage des SADM à destination des patients est une piste à explorer pour renforcer la notion de décision médicale partagée, du fait d'une meilleure information sur la maladie et les soins prodigués (éducation thérapeutique) (32). De rares SADM proposent déjà une section patient, à l'image de l'outil *Kit médical*, et de son *Kit patient*.

En outre, il serait pertinent de développer un prototype à la lumière des attentes des médecins généralistes explorées dans notre étude, puis de le faire évaluer par les utilisateurs eux-mêmes, afin de façonner au mieux cet outil. Par exemple, il nous semble qu'un SADM modulable pourrait être un bon compromis afin de satisfaire l'ensemble des médecins. Il pourrait se présenter sous la forme de données claires et succinctes, mais offrir la possibilité d'aller plus loin pour les praticiens souhaitant avoir des informations exhaustives.

Deuxièmement, des conséquences de notre travail sont envisageables pour la pratique médicale et la formation : nos résultats donnent des pistes pour améliorer la qualité des soins et faciliter l'enseignement.

En effet, ils suggèrent que l'utilisation de SADM fiables et actualisés en consultation permettrait aux généralistes d'être plus efficaces dans leurs pratiques, en appliquant les dernières recommandations de bonnes pratiques, tout en étant plus rapides.

Cela va dans le sens de l'obligation de formation professionnelle continue, désormais imposée aux professionnels de santé via le programme de l'Agence Nationale du DPC : ainsi, les praticiens pourraient mettre à jour leurs connaissances au quotidien. L'ensemble s'inscrivant dans une démarche d'*Evidence-Based Medicine*.

Cela occasionnerait probablement un bénéfice en santé pour le patient (optimisation des soins, gain de temps dans la prise en charge) ; mais également, de fait, un

avantage économique pour le système de santé, grâce à une limitation des prescriptions à ce qui est réellement nécessaire (consultations, examens complémentaires, thérapeutiques...).

Il est d'ailleurs à noter que les SADM sont de plus en plus promus pendant la formation des étudiants en médecine, et notamment durant le DES de médecine générale.

CONCLUSION

La généralisation de l'informatisation des cabinets médicaux a permis aux systèmes d'aide à la décision médicale de s'immiscer progressivement dans la pratique médicale quotidienne. Notre étude qualitative avait pour but d'étudier les représentations, expériences et attentes des médecins généralistes concernant l'utilisation de ces outils en consultation.

Les résultats ont montré que l'usage des SADM, bien que fréquent, restait assez limité. Si les participants utilisaient quasiment tous *Antibiocliv* et le *Vidal* quotidiennement, les autres outils avaient plus de mal à se faire une place parmi les habitudes des praticiens. Leur manque d'adaptation à la pratique, la perte de temps occasionnée par leur usage, ou encore l'ignorance de leur existence expliquait ce constat.

Pourtant, les médecins étaient conscients que les SADM pouvaient être une des clés les aidant à améliorer et sécuriser leurs pratiques, notamment grâce à la possibilité d'appliquer les dernières recommandations de bonnes pratiques que leur offraient ces outils.

La principale qualité appréciée et requise par les généralistes pour un SADM était la rapidité d'utilisation, afin qu'il puisse être utilisé dans le temps de la consultation. La clarté des informations et l'actualisation des données étaient également des propriétés importantes à leurs yeux.

Les praticiens suggéraient qu'un outil unique, mis à jour, fiable, et présenté sous forme d'arborescences décisionnelles pourrait leur permettre d'accroître leur usage des SADM.

La réalisation de ce modèle à partir des attentes des médecins généralistes et sa mise à l'épreuve serait intéressante, notamment afin d'évaluer si un gain en santé pour le patient et un bénéfice économique pour le système de santé s'en suivraient.

BIBLIOGRAPHIE

1. ECN [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3076609/fr/ecn
2. Elsevier, l'anglais) IC MD (traduit de. L'évolution et la dynamique des connaissances médicales [Internet]. Elsevier Connect. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/e-sante/levolution-et-la-dynamique-des-connaissances-medicales>
3. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_home/888/fichier_abrege-incertitude-diagnostique-vfff4be.pdf
4. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes | Le Quotidien du Médecin [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
5. Les médecins généralistes travaillent 54 heures par semaine [Internet]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14382/les-medecins-generalistes-travaillent-54-heures-par-semaine.html>
6. Outils d'aide à la décision clinique. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4848_Revue_du_prat_MG_SAPC_2014.pdf
7. Août 31, Santé | 0 | 2020 |. Pourquoi utiliser des outils d'aide à la prise de décision dans le domaine médical ? [Internet]. Santecool. 2020. Disponible sur: <https://santecool.net/pourquoi-utiliser-des-outils-daide-a-la-prise-de-decision/>
8. Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins. (Articles R4127-1 à R4127-31) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196408/>
9. Gomez D. Intérêt du site Ophtalmoclic en médecine générale: étude qualitative dans les Alpes-Maritimes.

10. Hingre F. Élaboration et évaluation d'un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des douleurs dentaires non traumatiques de l'adulte à l'usage des médecins de premier recours : projet Dentaclac [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2018. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932355>
11. Créange J, Desesquelles M. Comment créer un système d'aide à la décision médicale informatique, pour la prise en charge des situations de soins palliatifs à domicile, adapté aux besoins des médecins généralistes isérois ? Conception du site Palliaclic [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089827>
12. JEANMOUGIN P. ANTIBIOCLIC: outil en ligne d'aide à la prescription antibiotique pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3649_Jeanmougin_these.pdf
13. Palliaclic – Prise en charge des soins palliatifs en ambulatoire [Internet]. Disponible sur: <https://palliaclic.com/>
14. Systèmes informatiques d'Aide à la Décision Médicale [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medicale
15. ebmfrance.net [Internet]. CMG. Disponible sur: <https://lecmg.fr/ebmfrance-net-2/>
16. Rometti A. Description qualitative des sites internet d'Aide à la Décision Médicale. :96.
17. Jean-Pierre LEBEAU - Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. Initiation à la recherche qualitative en santé. CNGE productions et GM Santé. 2021.
18. Lejeune C. Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. :18.

19. Corpel S. Enquete aupres d'un echantillon de medecins generalistes du loiret sur leurs utilisations et leurs attentes des outils d'aide a la decision medicale pendant la consultation Enquête qualitative à partir de 12 entretiens semi-dirigés [Internet]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_CorpelStephanie.pdf

20. Eslami S, Abu-Hanna A, de Keizer NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. J Am Med Assoc JAMIA. août 2007;14(4):400-6.

21. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 16 mai 2006;144(10):742-52.

22. Use of computer decision support interventions to improve medication prescribing in older adults: a systematic review - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18675770/>

23. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA. 21 oct 1998;280(15):1339-46.

24. Aide à la décision clinique : ces outils numériques très pratiques [Internet]. What's Up Doc. 2021. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/aide-la-decision-clinique-ces-outils-numeriques-tres-pratiques-ELS21>

25. Comment les médecins généralistes utilisent-ils Internet au cours de leurs consultations ? une enquête qualitative. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=482942>

26. Intelligence artificielle et santé · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>

27. GIGON (Géraldine), GIGON (Géraldine). Le moteur de recherche internet Google, un allié pour le médecin généraliste dans son cabinet de ville ? 2013.
28. Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-deux-est-confronte>
29. HAS : Une étude sur les systèmes d'aide à la décision (...) - cadredeante.com [Internet]. Disponible sur: <https://www.cadredeante.com/spip/profession/breve/has-une-etude-sur-les-systemes-d>
30. Battesti E. Où trouver les réponses aux questions pratiques des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2008.
31. Archimède : le chantier est lancé ! [Internet]. CMG. 2018. Disponible sur: <https://lecmg.fr/archimede-le-chantier-est-lance/>
32. Séroussi B, Bouaud J. Systèmes informatiques d'aide à la décision en médecine : panorama des approches utilisant les données et les connaissances. Prat Neurol - FMC. 1 déc 2014;5(4):303-16.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille COREQ

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Items	Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur / animateur	Les deux enquêtrices ont mené les entretiens individuels
2.	Titres académiques	Internes en médecine générale
3.	Activité	Internes en médecine générale, puis médecin remplaçant pour une des deux enquêtrices
4.	Genre	Femmes
5.	Expériences et formation	Première étude qualitative menée, lecture du livre <i>"Initiation à la recherche qualitative en santé"</i> , formation à la recherche qualitative par la faculté médecine de Marseille
Relation avec les participants		
6.	Relation antérieure	Les chercheuses connaissaient certains médecins interrogés
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Le statut "interne en médecine générale" était connu des médecins dans le cadre du travail de thèse
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les deux enquêtrices étaient des internes de médecine générale, futurs médecins généralistes du Var (83), intéressées par les systèmes d'aide à la décision médicale en consultation
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorique	Approche par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Echantillonnage	Échantillonnage par effet "boule de neige"
11.	Prise de contact	Téléphone, mails
12.	Taille de l'échantillon	14 médecins généralistes
13.	Non-participation	2 médecins généralistes (1 sans réponse et 1 du fait de la saturation des données)

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Lieu de travail ou domicile des médecins, 2 entretiens en visio-conférence
15.	Présence de non-participants	Pas d'autres personnes présentes
16.	Description de l'échantillon	Médecins généralistes thésés, installés et remplaçants, 11 femmes et 3 hommes, Age moyen : 39 ans Expérience moyenne : 4,5 années Cabinet de groupe : 14
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Guide d'entretien élaboré au préalable disponible en annexe, non fourni par les auteurs
18.	Entretiens répétés	1 entretien test
19.	Enregistrement audio/visuel	Fonction dictaphone sur le téléphone
20.	Cahier de terrain	Notes de terrain prises et carnet de bord
21.	Durée	Durée minimale : 9 min 43 Durée maximale : 22 min 36 Durée moyenne : 15 min 33
22.	Seuil de saturation	Saturation des données au 11ème entretien confirmée par 3 autres entretiens
23.	Retour des retranscriptions	Pas de retour des retranscriptions aux participants après l'entretien, respect de la politique de confidentialité
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombres de personnes codant les données	Les deux enquêtrices
25.	Description de l'arbre de codage	Arbres de codage présentés en annexe
26.	Détermination des thèmes	Identification des thèmes initialement
27.	Logiciel	<i>Microsoft Word</i> et <i>Microsoft Excel</i>
28.	Vérification des participants	Pas de retour aux participants avant l'écriture
Rédaction		
29.	Citations présentées	Citations des participants anonymisées afin d'illustrer les résultats de l'étude
30.	Cohérence des données et des résultats	Cohérence entre les données présentées et les résultats obtenus
31.	Clarté des thèmes principaux	Présentation claire des principaux thèmes dans les résultats
32.	Clarté des thèmes secondaires	Thèmes secondaires et cas particuliers exposés

ANNEXE 2 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon

Entretien	Durée (min)	Age (années)	Sexe	Type d'exercice (urbain/ rural)	Ancienneté d'installation (années)	Logiciel métier utilisé
n°1	10'33	31-35	H	urbain	1-5	Dr Santé
n°2	13'06	> 61	F	semi-urbain	31-35	Shaman
n°3	20'24	31-35	F	urbain	1-5	Dr Santé
n°4	22'36	31-35	F	semi-urbain	1-5	Almapro
n°5	9'43	46-50	H	urbain	16-20	Almapro
n°6	18'08	31-35	F	urbain	-	Weda
n°7	10'03	36-40	F	urbain	6-10	Weda
n°8	15'40	26-30	F	urbain	<1	Hellodoc
n°9	10'04	31-35	F	urbain	1-5	Almapro
n°10	21'37	51-55	H	urbain	1-5	Weda
n°11	13'00	36-40	F	semi-urbain	6-10	Medicawin
n°12	11'45	41-45	F	urbain	11-15	Hellodoc
n°13	21'38	36-40	F	semi-urbain	6-10	Medicawin
n°14	19'30	31-35	F	urbain	1-5	Almapro

Tous les médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe.

Les participants étaient tous informatisés et avaient un accès internet.

ANNEXE 3 : Fiche d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

Recherche qualitative auprès de Médecins généralistes du Var et des Bouches-du-Rhône.

1/ Présentation de l'étude :

Nous sommes deux internes en médecine générale, Manon DAVID MULLER (interne en 6^{ème} semestre) et Amandine GOBBI (interne en 3^{ème} semestre).

Ce travail de recherche est réalisé dans le cadre de notre thèse de fin de cursus de médecine générale et dirigé par le Docteur RENARD Sylvain (médecin généraliste).

Au cours de notre internat nous avons observé l'exercice de la médecine libérale actuelle. Nous nous sommes interrogées sur l'utilisation d'outils pour pallier au manque de connaissances du médecin.

Le but de ce projet est de recueillir les expériences, attentes et représentations des médecins généralistes sur cette thématique.

Nous souhaitons proposer des pistes d'amélioration au plus proche des attentes des médecins généralistes.

2 / Déroulement de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par l'une des investigatrices suivant vos disponibilités et dans le lieu de votre choix.

Sa durée est d'environ 20 minutes. L'entretien sera enregistré de façon anonyme.

L'objectif de l'entretien est d'aborder votre expérience personnelle, vos points de vue et vos pratiques professionnelles. Aucun jugement ni commentaire à ce propos ne sera porté dessus.

La majorité des questions seront ouvertes pour vous permettre de vous exprimer librement au maximum.

3 / Volontariat et droit de retrait :

Vous êtes libre de participer à ce projet.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

4 / Traitement des données :

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par les deux investigatrices.

Les résultats peuvent éventuellement être publiés ou faire l'objet d'un congrès.

5 / Remerciements :

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration qui nous est essentielle dans l'aboutissement de notre projet.

ANNEXE 4 : Guide d'entretien

Bonjour Madame/Monsieur,

Tout d'abord merci d'avoir accepté de me recevoir et de prendre un peu de votre temps pour la réalisation de cet entretien.

Je m'appelle Manon DAVID MULLER / Amandine GOBBI, je suis interne 6^{ème} / 3^{ème} semestre de médecine générale. Avec ma co-interne (Manon DAVID MULLER / Amandine GOBBI), nous réalisons une thèse de médecine générale sur l'utilisation de différents outils d'aide à la décision en consultation.

L'étude concerne les médecins généralistes du Var et des Bouches-du-Rhône.

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre expérience personnelle, vos points de vue et vos pratiques professionnelles.

Aucun jugement ni commentaire à ce propos ne sera porté dessus.

Suite à votre consentement oral, l'entretien sera enregistré. Les données sont anonymisées à la retranscription.

Les questions seront ouvertes et neutres.

La durée moyenne de l'entretien est estimée 20 minutes.

Le but est de vous laisser vous exprimer librement, avec une grande liberté dans vos réponses sans influence de ma part.

Avez vous des questions avant de commencer ?

ANNEXE 5 : Grilles d'entretien

Version 1 :

1. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation durant laquelle vous avez été en défaut sur le plan des connaissances médicales ?
2. Comment faites-vous pour palier à ce manque de connaissances ?
3. Quelle place accordez-vous à l'usage d'internet concernant l'actualisation de vos connaissances ?
4. Qu'est-ce que cela vous évoque lorsque qu'on vous parle de système d'aide à la décision médicale ?
5. Pouvez-vous me citer ceux que vous connaissez ?
6. Pouvez-vous me décrire dans quelle(s) situation(s) vous avez été amené à utiliser des SADM ?
7. Quels sont ceux que vous utilisez dans votre pratique de tous les jours ?
8. À quelle fréquence les utilisez-vous ? Beaucoup utilisés / peu utilisés → Pourquoi ?
9. Comment gérez-vous l'usage des SADM au cours d'une consultation ?
10. Que pensez vous de l'usage des SADM en consultation et de la relation médecin/patient ?
11. Existe-il une modification de vos pratiques avant/ après l'apparition des SADM ?
12. Qu'est-ce qui vous plait / vous déplaît dans ces différents outils ?
13. Pouvez-vous me décrire comment vous imaginez l'outil SADM dans l'idéal ?

Version 4 (dernière version) :

1. **Pouvez-vous me raconter la dernière situation en consultation où vous avez eu besoin d'une aide dans votre démarche médicale ?**

Relance : Comment avez-vous géré cette situation ?

2. **Pouvez-vous me donner votre propre définition des systèmes d'aide à la décision médicale ?**

Relance : Pouvez-vous me donner les noms des SADM que vous connaissez ? Lesquels utilisez-vous et à quelle fréquence ?

3. **Quel intérêt accordez-vous aux SADM ?**

Relance : Pourquoi ? Que pensez-vous de la fiabilité de l'information donnée ?

4. **Que pensez-vous de l'usage des SADM pendant une consultation ?**

Relance : Il y a t-il des facteurs limitant leur usage en consultation ? Quel est votre avis concernant la relation médecin/ patient et l'usage des SADM en consultation ?

5. **Si vous deviez imaginer un SADM idéal, comment le décririez-vous ?**

Relance : Quelles sont les caractéristiques indispensables d'un bon SADM selon-vous ?

Il y a t-il des points négatifs à ne pas reproduire ?

6. **Que pensez-vous de l'utilité d'un SADM sous forme d'application mobile ?**

Relance : usage en visite ? Intégration au logiciel métier

7. **Pour vous, il y a t-il eu un changement dans votre pratique suite à l'apparition d'internet ?**

Relance : un avant/après l'apparition des SADM ?

ANNEXE 6 : Extraits du journal de bord

Journal de bord : extraits

fiche de thèse initiale : Quels sont les points de vue des médecins généralistes concernant l'utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale ?

17/03/2021 : *remarque de Maeva Jego : attention "points de vue" porte peu à une analyse en profondeur. allez plutôt vers représentations / attentes, autres. Sinon c'est plutôt une enquête d'opinion.*

Après discussion avec Amandine, proposition : Quelles sont les représentations, les expériences et les attentes des médecins généralistes concernant l'utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale ? -> Maeva Jego ok

18/03/2021 : *Suite à la lecture du livre (p.55), je me dis qu'on pourrait aussi formuler la question comme ça : Comment les médecins généralistes perçoivent-ils l'utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale ? Et le titre de la thèse : Utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation de médecine générale : représentations, expériences et attentes des médecins généralistes.*

19/03/2021 : *J'aime beaucoup la reformulation c'est TOP, je viens de recevoir le livre je vais l'attaquer*

23/03/2021 : *la fiche de thèse a été acceptée par la commission recherche ! Nous pouvons donc démarrer, enfin !*

Prochaine étape : affiner notre grille d'entretien. Je lis le bouquin du GROUMF sur l'initiation à la recherche qualitative, il est vraiment top !

23/03/2021 : *super nouvelle pour l'acceptation de la fiche de thèse. j'ai toujours un contact au collège de médecine générale, il m'a proposé de nous aider pour nous donner des liens biblio.*

25/03/2021 : *Pour les liens biblio, pourquoi pas !! Je pense pour ma part que je vais refaire une formation à la BU, parce que j'ai tout oublié, cela me servira.*

08/04/2021 : *j'aimerais commencer les entretiens (entretien test) la semaine*

prochaine avec un de mes MSU. Je crée une nouvelle feuille pour la grille d'entretien... N'hésitez pas à mettre vos corrections et commentaires ! Pour rappel la grille d'entretien peut évoluer avec les entretiens, on peut la modifier un peu au fur et à mesure si on se rend compte que telle ou telle question n'est pas adaptée etc (sans tout changer non plus).

11/04/2021 : Avant de démarrer il faut qu'on fasse la lettre de présentation aux participants ? Sinon j'ai une question concernant l'élaboration de notre échantillon, d'après le livre (p66) analyse par théorisation ancrée = échantillonnage théorique raisonné, donc on est d'accord qu'il faut qu'on adapte après chaque entretien (démarche inductive) ?

11/04/2021 : oui tu as raison. Pour le moment on n'a pas encore fixé de RDV donc on est assez libres. On peut faire deux ou trois entretiens et faire un point.

18/04/2021 : Accord du Pr Gentile pour être notre président de thèse !

19/04/2021 13h : Premier entretien ! Ca s'est très bien passé dans l'ensemble. L'enregistrement sur le téléphone a très bien fonctionné, la voix est claire, on entend bien. Quelques détails : J'étais un peu mal à l'aise parce que n'osais pas le tutoyer pour l'entretien alors que c'est un collègue du cabinet. Aussi, l'entretien est allé hyper vite ! ça a duré à peine plus de dix minutes ! je n'ai pas eu besoin de poser toutes les questions car il répondait parfois spontanément. Par contre, en me réécoutant, je m'aperçois de quelques erreurs que j'ai faites sur la forme : en voulant récapituler trop vite, je lui ai parfois coupé la parole... on nous dit bien pourtant qu'il ne faut surtout pas que ça arrive lors d'un entretien pour du quali... Je vais m'améliorer... Je commence la retranscription ce soir !

20/04/2021 : Très bien pour le début. Je propose qu'on attaque un tableau des caractéristiques des participants pour avoir une idée de notre échantillon, et qu'on n'intègre pas cet entretien vu que c'était une version test. A voir, j'ai créé une nouvelle catégorie.

23/04/2021 : J'ai refait la fiche de consentement je la trouvais pas assez complète. De même, j'ai modifié le guide d'entretien selon les propositions faites à la suite du premier entretien.

Je pense que dans le temps d'enregistrement il faut décompter notre présentation du sujet, et les questions relatives aux médecins généralistes qui nous permettent de

compléter notre tableau. Je suis entrain de faire une ébauche de l'introduction. Vous pouvez me corriger et donner votre avis.

27/05/2021 : Cours avec la fac sur la recherche qualitative. Même si le livre du GROUMF est super, ce cours m'a permis d'y voir plus clair, c'était vraiment bien. Les intervenants ont insisté sur certains points (surtout la nécessité de ne pas faire une thèse trop longue), et cela m'a permis de leur poser des questions en direct.

28/05/2021 : Modification du guide d'entretien, restructuration en 4 thèmes, ajout de questions supplémentaires issus des premiers entretiens, Modification de l'introduction et de la partie matériel et méthode, fiche d'info et de consentement modifiée car le nom et la signature du participant ne doivent pas apparaître.

24/06/2021 : Du fait de la crise sanitaire est pour des raisons personnelles, l'entretien d'aujourd'hui est réalisé en visioconférence. J'utilise le logiciel Zoom pour démarrer la conversation avec le médecin interrogé. Pour améliorer la qualité des échanges, je réalise l'entretien en masquant l'affichage de ma camera sur mon écran. Je me concentre sur l'échange avec mon interlocuteur. L'entretien se déroule bien, je suis satisfaite de mon entretien. Je me rends compte que des idées similaires reviennent au fur et à mesure que nous réalisons des entretiens.

19/09/2021 : Après un temps de pause pendant l'été, il faut s'y remettre ! J'ai relu la grille d'entretien plusieurs fois avant l'entretien, car je n'avais plus bien toutes les questions en tête comme lors des premiers entretiens. Celui-ci a été difficile à mener car le médecin "n'enchainait" pas tout seul, il fallait sans cesse que je le relance, et j'avais peur d'induire ses réponses. On verra lors du codage mais je ne suis pas très satisfaite. Logiquement, cet entretien s'est avéré assez court.

10/10/2021 : En binôme, nous mettons en commun notre codage (réalisé individuellement après chaque entretien) et nous discutons des concepts attribués pour trouver le meilleur compromis. La mise en commun s'avère extrêmement longue (minimum 3 ou 4h pour chaque entretien) !! Mais nous finissons toujours par trouver un terrain d'entente.

06/01/2022 : Nous nous voyons tous les trois avec Sylvain pour faire un point. Nous n'avons réalisé que 8 entretiens à ce jour, cette rencontre nous remotive car nous commençons un peu à nous essouffler. Nos mises en commun semblent convenir à Sylvain qui nous donne pour sa part surtout des pistes de recherche biblio (études

récentes qu'il a vues) et des contacts de médecins.

21/01/2022 : Je suis allée au cabinet du Dr B pour réaliser un entretien. L'entretien s'est bien déroulé, j'ai trouvé nos échanges enrichissants. J'ai repris conscience de la difficulté à mener un entretien de qualité. Je dois encore progresser dans ma façon d'interroger le participant car j'ai souvent tendance à couper parole à mon interlocuteur.

Je me languis mon prochain entretien pour avancer dans le recueil des données. J'ai retranscrit et mis en forme l'entretien sur Excel l'après-midi même.

11/02/2022 : entretien avec une médecin hyper pressée, qui m'a prévenue sur un créneau de consult, et n'arrête pas de répéter qu'elle est déjà en retard ! C'est frustrant, ceci étant, lors du codage, de nouvelles notions surgissent !

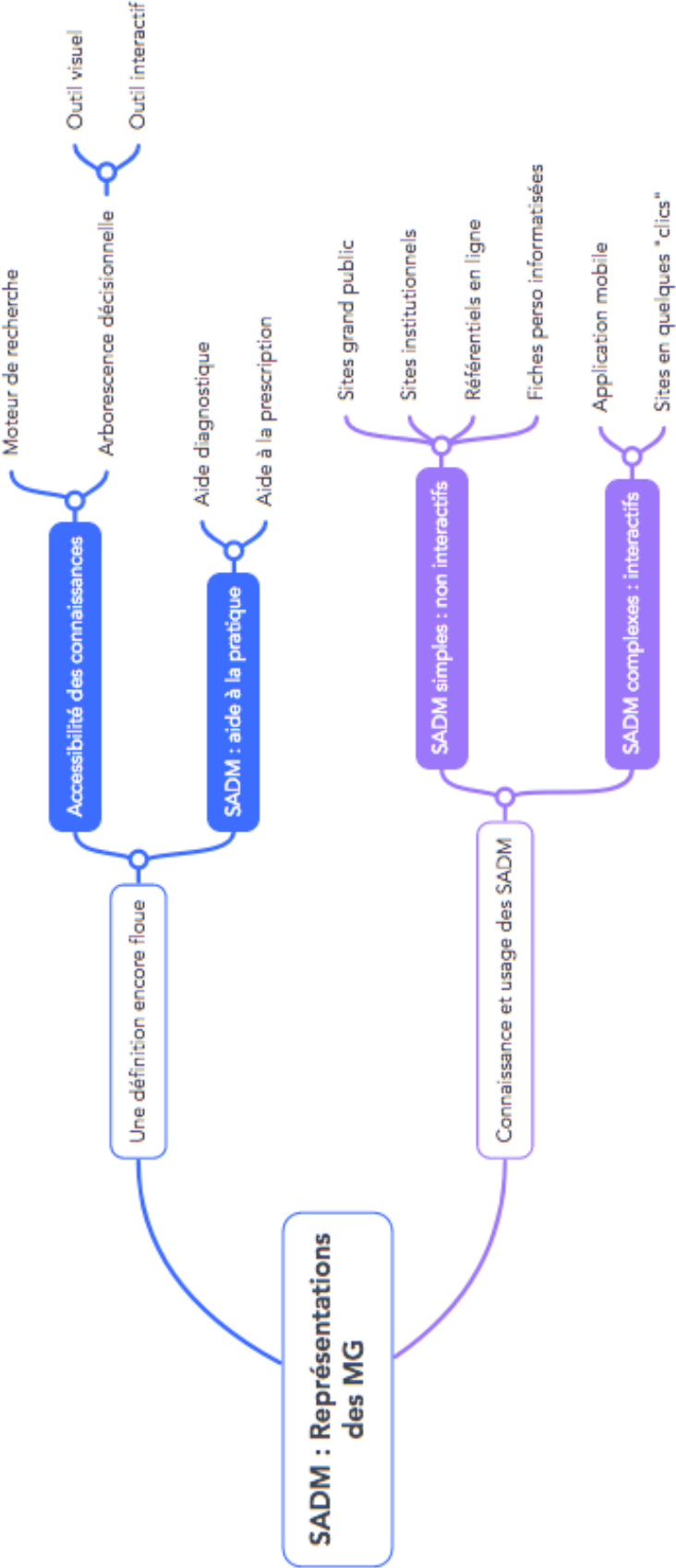
23/02/2022 : Super entretien aujourd'hui ! J'étais un peu gênée car j'ai du aller directement chez le médecin (cela l'arrangeait après ses visites). En fait, c'était top car elle avait tout son temps, elle a pu vraiment répondre sans contrainte de temps (ce qui est assez rare). Lors de la retranscription puis du codage j'observe : 1/ bruits de tasse et de cuillère qui gênent un peu l'enregistrement (y faire attention pour un prochaine fois)... 2/ entretien riche mais pas de nouvelle notion... pour la première fois ! bientôt la saturation des données ??

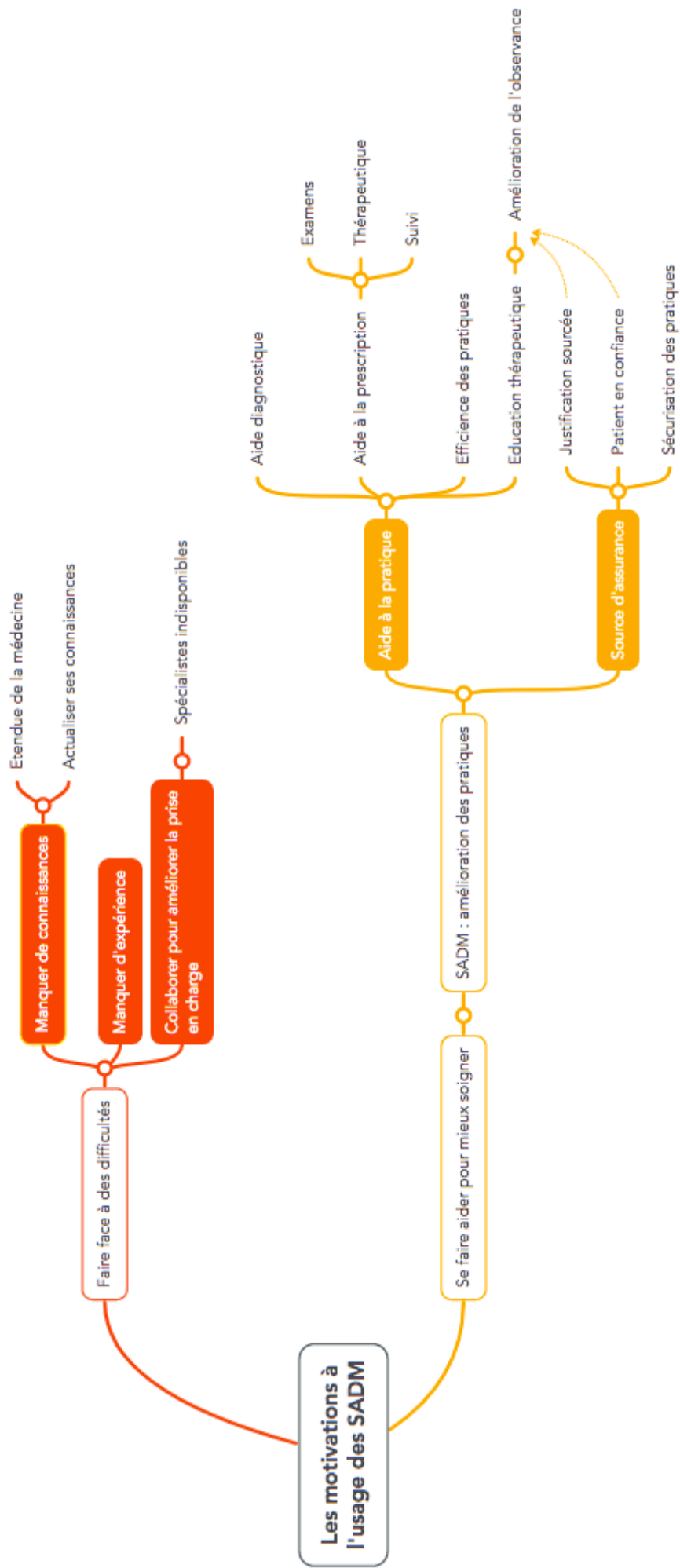
7/03/2022 : Encore un entretien aujourd'hui. J'essaye de me concentrer au maximum pour ne pas interrompre mon interlocuteur et le laisser s'exprimer le plus librement possible. Je suis attentive à nos échanges, et je m'oblige à utiliser un questionnement avec des questions ouvertes même si cela n'est pas toujours évident.

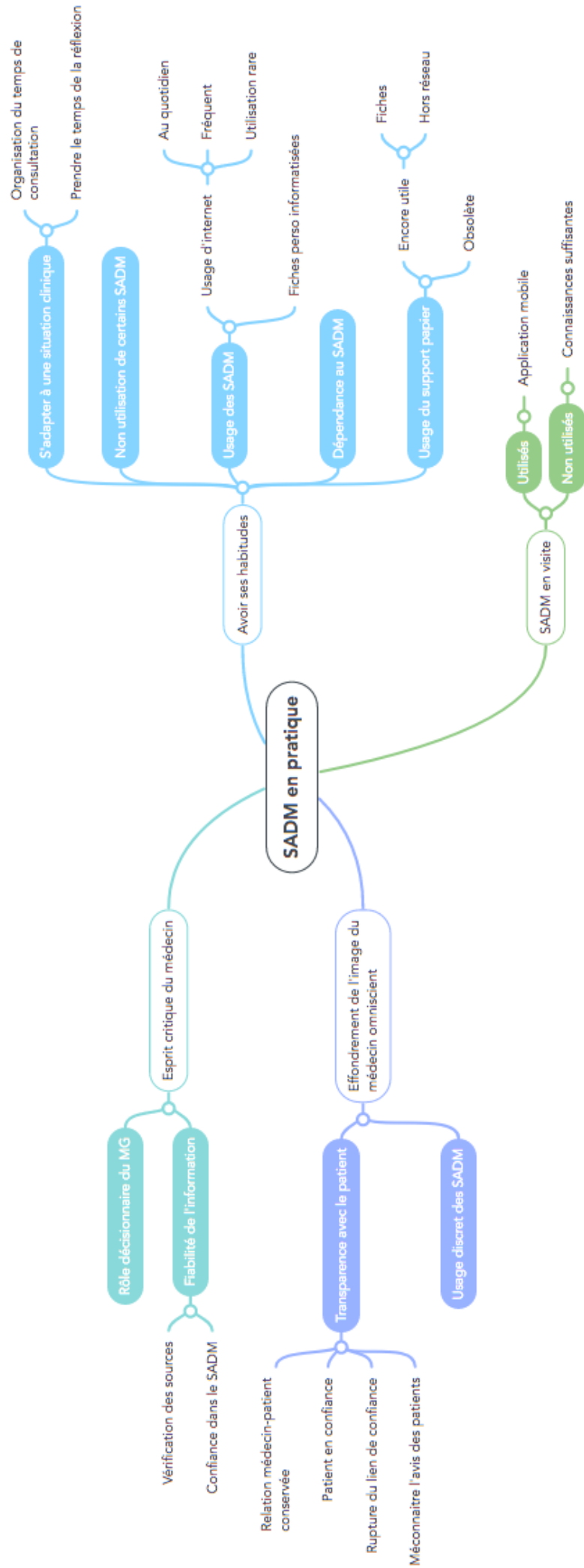
30/03/2022 : 14e entretien réalisé en visio par Amandine (car cela arrangeait le médecin interrogé). Entretien riche mais le médecin n'arrêtait pas de se contredire d'une phrase à l'autre, ce qui est assez déroutant !

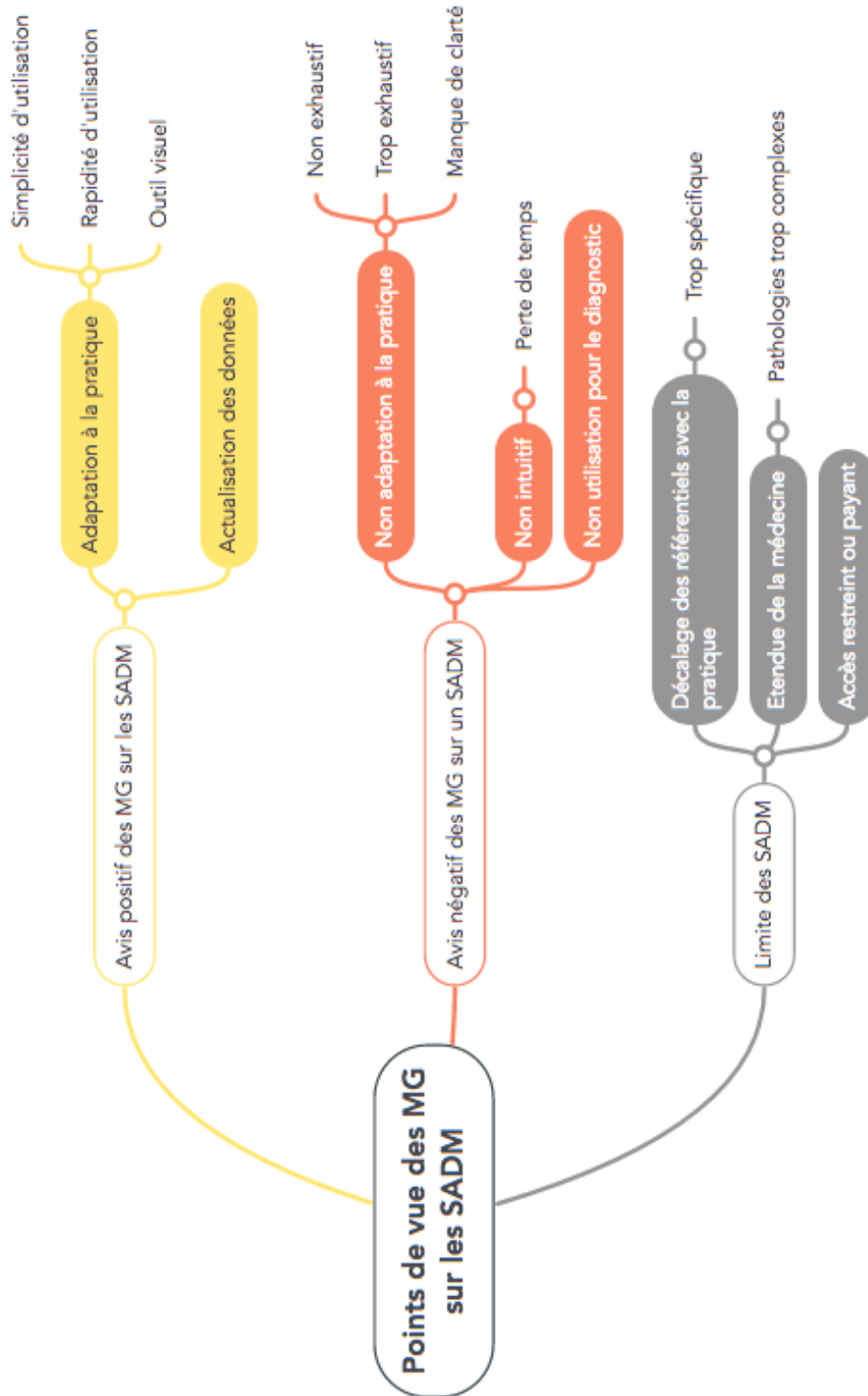
02/04/2022 : Après retranscription, codage, et mise en commun, nous décidons de mettre un terme à la réalisation d'entretiens ! Nous avons confirmé la saturation des données par trois entretiens sans nouvelle notion !!! Nous avons donc maintenant toute la matière nécessaire à la rédaction de notre thèse !

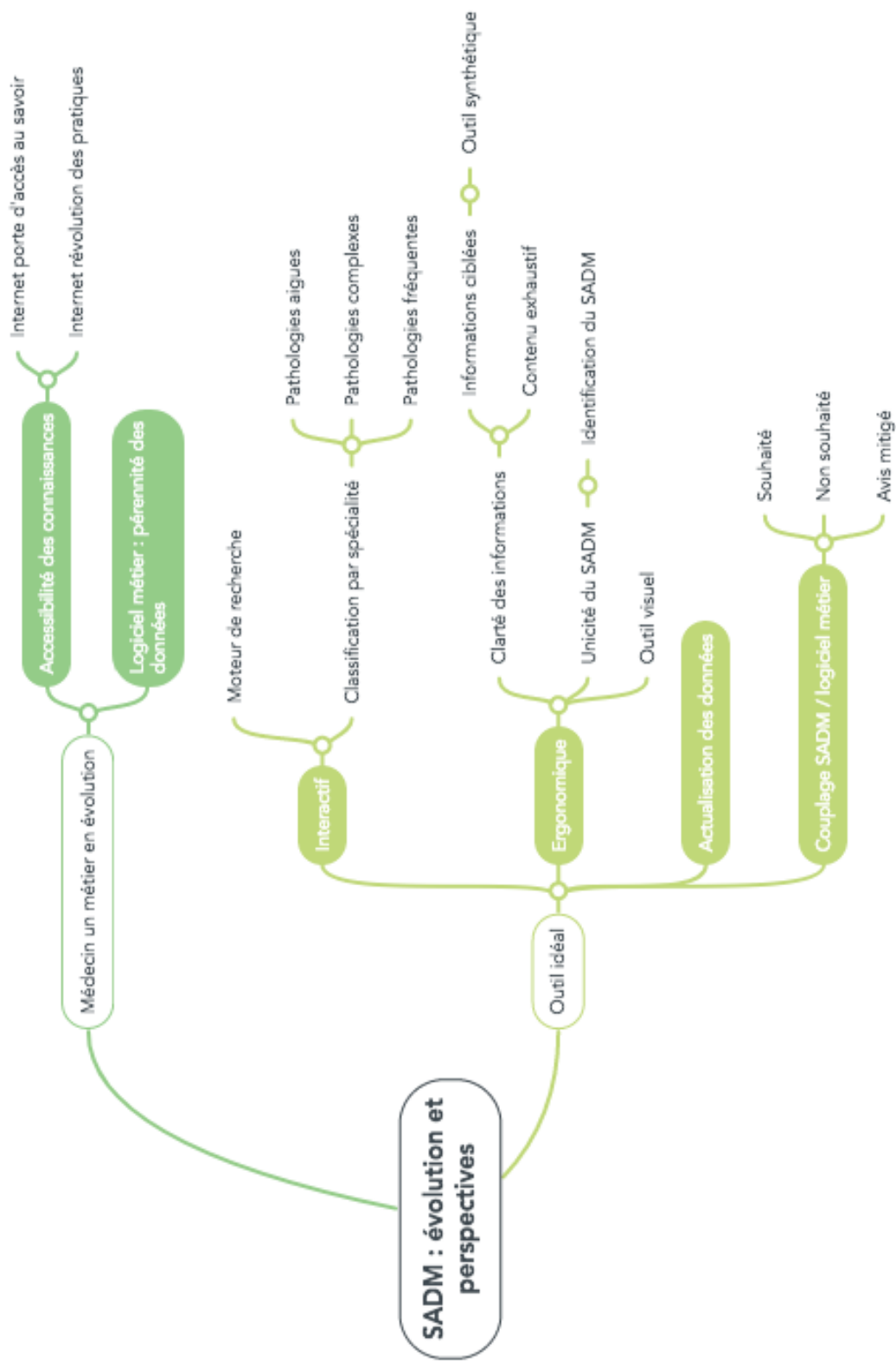
ANNEXE 7 : Arbres de codage

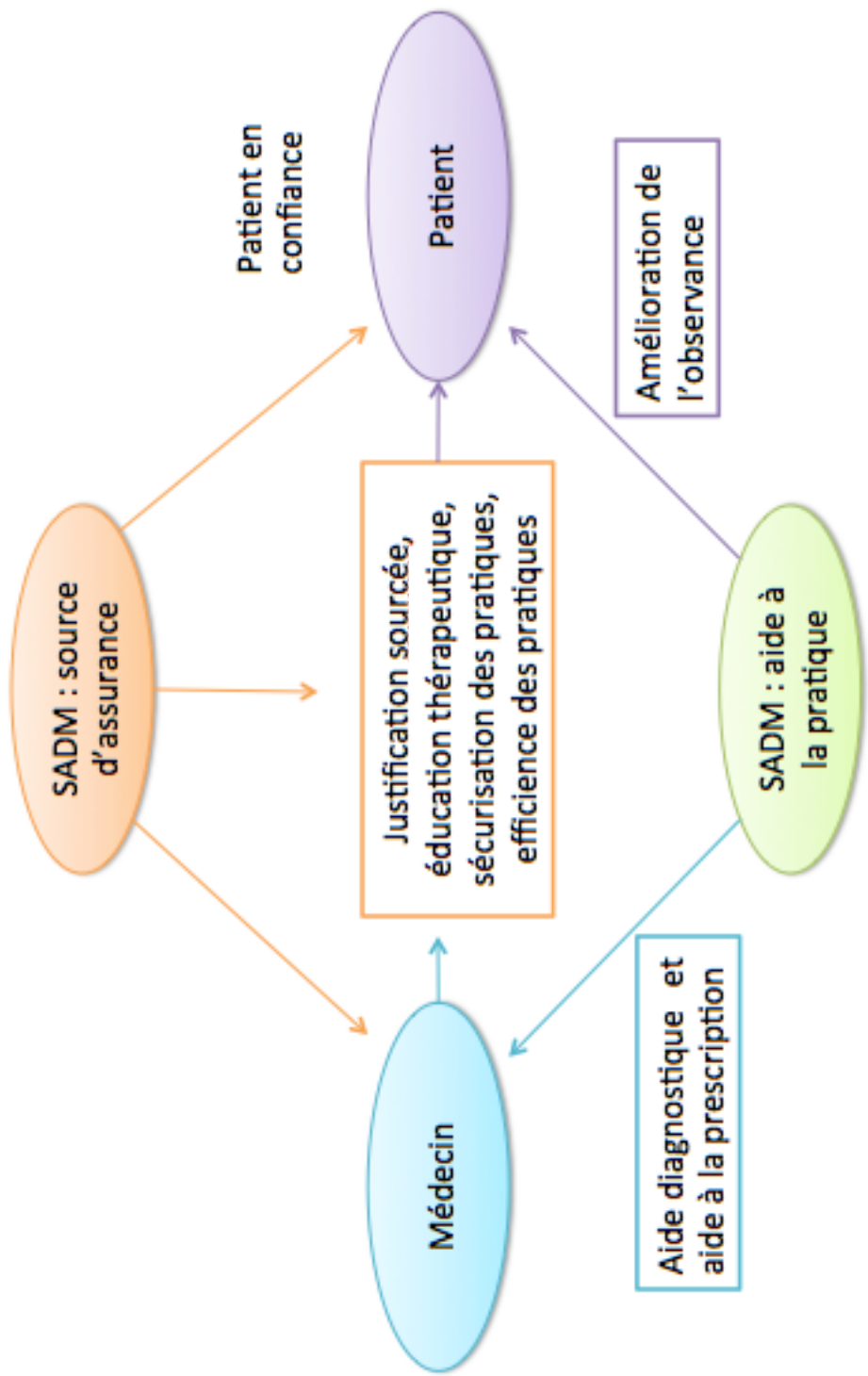












SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : En 2022, les étudiants en médecine doivent maîtriser 362 items pour l'ECN. Les données médicales doublent tous les deux mois et demi environ.

Or le médecin généraliste doit savoir traiter toutes sortes de pathologies en un temps limité. Exercer en appliquant les dernières recommandations de bonnes pratiques est un défi pour tout praticien. Le médecin généraliste se doit d'entretenir et perfectionner ses connaissances.

Dans ce contexte d'évolution permanente des connaissances médicales, et à l'heure de l'omniprésence des nouvelles technologies et d'Internet, de nombreux systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) ont vu le jour ces dernières années.

L'objectif de cette étude était d'étudier les représentations, expériences et attentes des médecins généralistes concernant l'utilisation des systèmes d'aide à la décision médicale en consultation.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée d'avril 2021 à mars 2022 auprès de médecins généralistes libéraux du Var et des Bouches-du-Rhône. Les entretiens individuels ont été conduits par les deux enquêtrices à l'aide d'un guide d'entretien qualitatif. L'analyse des données s'est inspirée de la théorisation ancrée et le traitement des données a été réalisé selon un processus inductif itératif. Le double codage des données a permis une triangulation de l'analyse.

Résultats : Les résultats ont montré que l'usage des SADM, bien que fréquent, restait assez limité. Leur manque d'adaptation à la pratique, la perte de temps occasionnée par leur usage, ou encore l'ignorance de leur existence expliquait ce constat. Les principales qualités appréciées et requises par les généralistes pour un bon SADM était la rapidité d'utilisation, afin qu'il puisse être utilisé dans le temps de la consultation, mais aussi la clarté des informations et l'actualisation des données. Les praticiens semblaient suggérer qu'un outil unique, mis à jour, fiable, et présenté sous forme d'arborescences décisionnelles pourrait leur permettre d'accroître leur usage des SADM.

Conclusion : Les médecins, bien que conscients de l'assistance que pourraient leur offrir les SADM en les aidant à améliorer et sécuriser leurs pratiques (grâce à l'application des dernières recommandations), ont tout de même du mal à modifier leurs habitudes. La réalisation d'un SADM répondant à leurs attentes et sa mise à l'épreuve serait intéressante, afin d'évaluer si un gain en santé pour le patient et un bénéfice économique pour le système de santé s'en suivraient. Le cas échéant, cela serait sans doute une motivation à l'utiliser au quotidien.

Mots-clés : médecine générale, système d'aide à la décision médicale, évolution des pratiques, actualisation des connaissances, recommandations de bonnes pratiques.