



HAL
open science

Conséquences de l'usage d'ebmfrance, selon les médecins généralistes et internes de médecine générale, sur leurs décisions en situation de soins

Laura Chogne

► To cite this version:

Laura Chogne. Conséquences de l'usage d'ebmfrance, selon les médecins généralistes et internes de médecine générale, sur leurs décisions en situation de soins. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04762545

HAL Id: dumas-04762545

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04762545v1>

Submitted on 31 Oct 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**CONSÉQUENCES DE L'USAGE D'EBMFRANCE, SELON LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INTERNES DE MÉDECINE
GÉNÉRALE, SUR LEURS DÉCISIONS EN SITUATION DE SOINS**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 18/10/2024

Par Mme Laura CHOGNE

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Philippe CINQUIN

Membres :

M. le Pr Jacques DEMONGEOT

M. le Dr Yoann GABOREAU

Mme le Dr Agnès PELTIER (directrice de thèse)

M. le Dr Vincent RIALLE

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF	ADAM Jean-François	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	ATALLAH Ihab	Oto-rhyno-laryngologie
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCU-PH	BELLIER Alexandre	Anatomie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	CASEZ Olivier	Neurologie
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH émérite	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURÉ Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
PU-PH	GIRARD Edouard	Chirurgie viscérale et digestive
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PR Ass. Méd.	MAURENT-PALOMBI Karine	Ophtalmologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCF Ass.MG	MINIER Pierre	Médecine Générale
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	NAVARRE Manon	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	NGUON Anne-Sophie	Psychiatrie d'adultes
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH émérite	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PR	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TRILLING Bertrand	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VERRY Camille	Cancérologie ; Radiothérapie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

À Monsieur Le Professeur Philippe CINQUIN,

Merci d'avoir accepté de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis très reconnaissante.

À Monsieur Le Professeur Jacques DEMONGEOT et Messieurs Les Docteurs Vincent RIALLE et Yoann GABOREAU,

Merci de m'avoir accordé votre confiance et soutenue dans la réalisation de ce projet de thèse ainsi que d'avoir accepté de juger mon travail.

À Agnès,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir accompagnée, soutenue et aidée tout au long de ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

Et **toute l'équipe ebmfrance**, pour m'avoir aidée à mener ce projet à bien en me faisant vos retours sur le questionnaire, ce qui m'a permis de le perfectionner et de le diffuser.

À mes Pairs,

Merci à tous les praticiens dont j'ai croisé la route, d'avoir pris de votre temps pour partager votre expérience et m'apprendre la pratique de la médecine générale que j'affectionne tant. Sophie, Mathilde, Marie et Julie, merci pour votre bienveillance, votre gentillesse et la confiance que vous m'avez accordée en me confiant vos patients, et pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon premier stage ambulatoire. À l'équipe de SOS Médecins Echirrolles : pour votre accueil si chaleureux, pour l'autonomie que vous m'avez permis d'acquérir.

À Clara Gobin-Bourdet,

De m'avoir apporté ton aide pour le traitement des données statistiques.

À l'université de l'Illinois aux Etats-Unis,

« Avec l'aimable autorisation du service des archives de l'université de l'Illinois, m'ayant trouvé dans la série d'enregistrement 18/2/15, boîte 31, dossier 86-6 » le questionnaire rédigé et utilisé par l'auteur *King, D.N.* dans son étude de 1987. Après ma sollicitation, ils ont tout mis

en œuvre pour me permettre l'accès à ce document indisponible sinon, et qui fut l'un de mes supports principaux pour l'élaboration de mon questionnaire de thèse.

À mes Amis,

Astrid, Florian, Dr Léo, Masmé, Charlène, Max, Salomé (x2), Emilienne, Tanguy, Ninnin et tous les autres. Que vous soyez maintenant éloignés géographiquement ou non j'ai toujours su que je pouvais compter sur vous. Je mettrai un point d'honneur à remercier mes deux « gars d'saint ju' », **Charly** et **P-A**, avec qui je partage tout depuis mon plus jeune âge. Merci.

À ma belle-famille,

Merci à vous tous de m'avoir fait une place parmi vous et de m'avoir soutenue tout au long de ce parcours.

À mes parents et ma sœur,

Papa, Maman, Manon... Aucun mot ne suffira. Je ne peux que vous remercier encore une fois. Votre soutien a été infailible pendant ces 9 années. Sans vous, je n'aurais jamais réussi à aller jusqu'au bout de ce parcours, car vous m'avez parfois relevée et motivée pour que je ne baisse pas les bras. Vos mots de réconfort, de motivation et de fierté, ainsi que vos câlins et bisous, ont été mon moteur pour parvenir à ce jour tant attendu. Merci à **Medhi** d'avoir rejoint notre tribu et d'embellir davantage cette famille qui est la mienne. Et à **Amélia**, mon petit rayon de soleil. Je vous aime.

À Antoine,

Toi qui partages ma vie depuis maintenant presque 7 ans. Merci pour ton soutien, ton aide et ton amour au quotidien. Pendant ces années j'ai parfois été peu disponible pour toi, et tu l'as accepté, ainsi que mon caractère pouvant fluctuer au rythme des partiels, concours et autre thèse « un peu » stressants. Nous en voyons le bout aujourd'hui et nous allons maintenant pouvoir nous consacrer à nos projets. Je t'aime.

RÉSUMÉ

Introduction : Les décisions de soins au sujet d'une situation médicale se prennent au carrefour des compétences du praticien, des expériences et des valeurs du patient ainsi que des données de la science disponibles. Le tout s'inscrivant dans un contexte clinique. Lors d'une consultation, la disponibilité des connaissances peut influencer la prise de décision concernant les prescriptions d'examens complémentaires, des thérapeutiques médicamenteuses ou non, des conseils donnés aux patients, ou de leur orientation dans le parcours de soin. Le Collège de la Médecine Générale propose l'outil ebmfrance, d'aide à la décision sous forme de base de guides de pratique clinique orientés pour la spécialité de médecine générale.

Objectif : Décrire de quelle manière l'usage de l'outil ebmfrance, pour obtenir des informations au sujet d'une situation de soins a, selon les utilisateurs, influencé leurs décisions et éventuellement entraîné des conséquences sur les soins proposés au patient concerné.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, en utilisant un questionnaire proposé à l'ensemble des utilisateurs d'ebmfrance. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste ou interne en médecine générale, et d'avoir déjà effectué au moins une recherche sur la plateforme. Le questionnaire a été accessible pendant 3 mois et nous avons recueilli 97 réponses complètes.

Résultats : Les recherches effectuées sur ebmfrance par les participants ont influencé leurs prises de décisions dans 83,5% [76,1 ;90,9] des situations rapportées. Des modifications des conseils délivrés aux patients, des prescriptions d'examens complémentaires ou des thérapeutiques médicamenteuses ont notamment été décrites dans respectivement 51,6% [41,6 ;61,5], 50,5% [40,6 ;60,5] et 36,1% [26,5 ;45,6] des situations. Les participants étaient d'accord avec le fait que les informations obtenues aient été utiles dans 96,9% [93,5 ;100] des cas, pertinentes cliniquement dans 86,6% [79,8 ;93,4] des cas, apportant une réponse à leur besoin initial dans 88,6% [82,4 ;95] des cas, permettant d'étayer leurs décisions dans 89,7% [83,6 ;95,7] des cas.

Conclusion : Selon les participants, les recherches effectuées sur ebmfrance ont été utiles et ont pu influencer leurs décisions, entraînant des modifications dans leurs prises en charge. Dans notre échantillon, les modifications apportées concernaient le plus souvent les conseils donnés

aux patients, les prescriptions d'examens complémentaires et des thérapeutiques médicamenteuse.

Mots clefs : Guide de bonnes pratiques, médecine générale, ressources en santé, informatique médicale, qualité des soins de santé.

ABSTRACT

Introduction: Care decisions about a medical situation are made at the crossroads of the practitioner's skills, the patient's experiences and values, and the available scientific data. All within a clinical context. During a consultation, the availability of knowledge can affect the decision to prescribe complementary tests, drug or non-drug therapies, the advice given to patients, or their orientation in the care pathway. The “Collège de la Médecine Générale” offers the “ebmfrance” decision-making tool, in the form of a database of clinical practice guidelines for the specialty of general medicine.

Objective: Describe how use of the ebmfrance tool to obtain information about a care situation has, according to users, influenced their decisions and possibly had consequences for the care offered to the patient concerned.

Method: We conducted a descriptive observational study, using a questionnaire proposed to all ebmfrance users. The inclusion criteria were to be a general practitioner or resident in general practice, having already carried out at least one search on the platform. The questionnaire was accessible for 3 months, and we collected 97 complete responses.

Results: Participants' ebmfrance searches influenced their decision-making in 83.5% [76.1 ;90.9] of reported situations. Changes in patient advice, prescription of complementary tests and drug therapy were described in 51.6% [41.6 ;61.5], 50.5% [40.6 ;60.5] and 36.1% [26.5 ;45.6] of situations respectively. Participants agreed that the information obtained was useful in 96.9% [93.5 ;100] of cases, clinically relevant in 86.6% [79.8 ;93.4] of cases, providing an answer to their initial need in 88.6% [82.4 ;95] of cases, supporting their decisions in 89.7% [83.6 ;95.7] of cases.

Conclusion: According to the participants, the ebmfrance searches were useful and influenced their decisions, sometime leading to change in management. In our sample, the changes made most often concerned patient advice, the prescription of complementary tests and drug prescriptions.

MeSH-terms: Practice guideline, general practice, health resources, medical informatics, quality of health care.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
RÉSUMÉ	9
ABSTRACT	11
TABLE DES MATIÈRES	12
LISTE DES ANNEXES	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET MÉTHODE.....	18
Recrutement des participants	18
Élaboration du questionnaire.....	18
Traitement des résultats	19
Répartition des données recueillies	19
Analyses statistiques	19
RÉSULTATS	20
Description de l'échantillon	20
Description de la recherche effectuée par les participants.....	21
Objectif(s) de la recherche	21
Questionnement initial ayant motivé les participants à effectuer leur recherche	23
Temporalité de la recherche par rapport au moment de la consultation	24
Pertinence des résultats obtenus au terme de la recherche	24
Conséquences des informations obtenues sur la prise en charge proposée	25
Analyses en sous-groupes	28
Utilité et conséquences globales de la recherche pour la situation concernée	28
DISCUSSION	30
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	40
SERMENT D'HIPPOCRATE	65

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Stratégie de diffusion du questionnaire d'étude	40
Annexe 2 : Méthode d'obtention des données socio-démographiques de la population source	40
Annexe 3 : Questionnaire d'étude.....	41
Annexe 4 : Autorisation d'utilisation du questionnaire de l'auteur <i>King, D.N.</i> émise par l'université d'Illinois	47
Annexe 5 : Choix du traitement des données recueillies.....	48
Annexe 6 : Détails des modes d'exercice et ancienneté des MG de l'échantillon	49
Annexe 7 : Présentation des IMG de l'échantillon	51
Annexe 8 : Analyses en sous-groupes concernant l'objectif principal de la recherche effectuée par les participants.....	51
Annexe 9 : Intégralité des commentaires libres des participants	52
Annexe 10 : Analyses en sous-groupes de l'évaluation de la pertinence des résultats par les participants.....	57
Annexe 11 : Influence des résultats de la recherche sur l'orientation du patient dans le parcours de soins	59
Annexe 12 : Analyses en sous-groupes sur l'influence des résultats de recherche sur les soins proposés par les participants	60
Annexe 13 : Analyses en sous-groupes de l'utilité et des conséquences globales de la recherche sur la proposition de soins	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BDLA : Bronchodilatateurs de longue durée d'action

CAT : Conduite à tenir

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

ETT : Échographie Trans-Thoracique

FST : Formation Spécifique Transversale

HPV : Human Papilloma Virus

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IMG : Internes en Médecine Générale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

PSA : Antigène Prostatique Spécifique

RHD : Règles hygiéno-diététiques

TDM : Tomodensitométrie

TTT : Traitement

INTRODUCTION

L'*Evidence Based-Medicine* (EBM) est un concept qui sous-tend l'exercice de la médecine. Selon *Sackett, D.L.*, sa définition est la suivante : « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique pour la prise en charge personnalisée de chaque patient ». Ceci s'inscrit dans un contexte clinique particulier et dans le modèle de décision partagée en santé qui consiste en une prise de décision de soins au carrefour des compétences du praticien, des expériences et valeurs du patient et des données de la science disponibles (1,2).

La loi prévoit que les médecins mettent à jour leurs connaissances (3,4). Un article de 2011 évaluait le temps de doublement des connaissances médicales à 50 ans en 1950, 3 ans et demi en 2010 et projetait qu'il soit de moins d'un an en 2020 (5). Les médecins généralistes (MG) peuvent se sentir en difficulté face à ces changements rapides de recommandations, et parfois leur manque de cohérence (6). Selon une étude de 2007, les MG se posent, pendant leurs consultations, en moyenne 1,8 question tous les 10 patients. Ces questions portent majoritairement sur le diagnostic, le choix du traitement, les conseils à donner aux patients ou encore la recherche d'étiologie (7,8).

Les médecins généralistes n'appliquent pas toujours les recommandations de bonne pratique lors des décisions de soins (9). Ceci s'explique parfois par l'impossibilité d'appliquer les recommandations dans la situation clinique concernée ou dans le contexte de décision partagée en santé. D'autres freins, identifiés dans la littérature, entravent l'application des recommandations comme le manque de temps, des recherches d'informations infructueuses ou avec des éléments identifiés comme non pertinents. Les médecins rapportent avoir besoin, mais manquer, de sources « rapides , faciles à utiliser, connectées à une large base de données de connaissances médicales valides » (7,10). Un manifeste publié dans le *British Medical Journal* en 2017 souligne la nécessité de rendre les données de la recherche scientifique accessibles aux utilisateurs et d'accroître l'utilisation des preuves existantes (11). En France, les recommandations disponibles contiennent majoritairement des affirmations issues d'accords professionnels, la part des affirmations de grade A, issues de preuves scientifiques établies (résultant d'essais comparatifs randomisés de forte puissance, de méta-analyses d'essais comparatifs randomisés ou d'analyses de décisions fondées sur des études bien menées) est moins importante (12).

L'auteur *King, D.N.* s'est intéressé dès 1987 aux conséquences des informations trouvées par les médecins, dans les bibliothèques médicales des hôpitaux, sur la prise en charge de leurs patients. Il a conçu un questionnaire pour une étude réalisée dans 8 hôpitaux de Chicago (13). En 1992, l'auteur *Marshall, J.G.* a retravaillé puis réutilisé ce questionnaire pour l'étude de Rochester (14). Sur les 208 médecins et internes interrogés après avoir reçu des informations issues des bibliothèques hospitalières sur leurs questionnements, 71,5% relatent une adaptation et une amélioration de la pertinence des conseils délivrés aux patients, 50,5% un changement de prescription d'examen complémentaire, 45,2% une modification du traitement proposé et 29,3% un changement de diagnostic. Le questionnaire comprenait également une évaluation des effets indésirables évités : les résultats montrent qu'une hospitalisation a pu être évitée dans 11,5% des cas et qu'un décès a pu être évité dans 19,2% des cas.

L'objectif final des recommandations est d'améliorer la qualité des soins. Cette dernière est définie par *Donabedian, A.* comme étant : « le niveau par lequel les services de santé pour les individus ou les populations accroissent la probabilité d'atteindre un résultat désiré, compte tenu des données de la science » (15). En 2009, une revue systématique de la littérature montre que l'application des recommandations apporte des améliorations significatives sur la qualité des soins (16).

En 2024, l'accès aux recommandations est majoritairement informatisé. Dès 2015, l'Ipsos rapporte que 95% des MG possèdent des équipements connectés à internet. Parmi eux, 71% se connectent quotidiennement à internet, et pour 2/3 dans un but de recherche d'informations diagnostic, thérapeutique ou de formation en général (17).

En France, pour la médecine générale, le Collège de la Médecine Générale (CMG) a développé le site *ebmfrance*. Les 1 102 guides que l'on y trouve, au 30 juin 2024, proviennent de deux collections principales. D'une part, les guides de pratique clinique de la collection *EBM Guidelines* (issus de la société scientifique médicale finlandaise *Duodecim*), traduits et contextualisés à la pratique française par *ebmfrance*. D'autre part, des guides de pratique clinique réalisés par l'équipe *ebmfrance*, qui sont des synthèses professionnelles de documents publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Parmi l'offre étendue de mise à disposition de recommandations dans un format adapté à la lecture pendant les soins, nous avons choisi d'étudier ebmfrance pour plusieurs raisons :

- Il s'agit d'un outil national, porté par le CMG en collaboration avec la HAS, sur financement public (majoritairement financé par une convention avec l'Assurance Maladie, et en partenariat avec la HAS).
- Pour évaluer l'intérêt attendu d'ebmfrance, une étude préalable avait proposé EBMPractice.net (site similaire belge) pendant deux mois en 2017, à un panel de MG français. Les résultats avaient mis en évidence une utilisation par près de 63% des MG sélectionnés et parmi eux, 74,2% rapportaient avoir obtenu des résultats « appropriés » à leurs recherches. Les praticiens avaient reconnu à 78,6% l'utilité d'une telle plateforme (18).

L'objectif principal de notre travail était de décrire **de quelle(s) manière(s) les informations recueillies dans la base de données ebmfrance lors d'une recherche concernant une situation de soins, ont pu entraîner des conséquences sur les décisions des médecins généralistes et internes de médecine générale utilisateurs.**

MATERIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude quantitative, rétrospective, observationnelle et descriptive.

Recrutement des participants

L'étude a été relayée auprès des utilisateurs d'ebmfrance par différents canaux de communication (**Annexe 1**). Le recueil des données a débuté le 29 février 2024 et a pris fin le 14 juin 2024. Le questionnaire était hébergé sur le site Limesurvey®. **La population source** était les utilisateurs d'ebmfrance (8 178 personnes au premier semestre 2023, source : ebmfrance). **Les critères d'inclusion** étaient les suivants : être MG ou interne en médecine générale (IMG) et avoir déjà effectué au moins une recherche sur le site. **Les critères d'exclusion** étaient les suivants : toutes autres professions médicales ou paramédicales et toutes autres spécialités que celle de la médecine générale.

Les données socio-démographiques de la population source, anonymisées, (âge, genre et type d'activité), nous ont été fournies par l'équipe d'ebmfrance afin de pouvoir vérifier la représentativité de l'échantillon d'étude. Les informations détaillées concernant ces données sont présentées en **Annexe 2**.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire s'appuie en partie sur des références bibliographiques. Une observation participante a été conduite par l'investigatrice auprès de l'équipe d'ebmfrance afin de comprendre le fonctionnement de la base. Les réunions auxquelles l'investigatrice a participé traitaient de l'ergonomie de la plateforme et de la pertinence des résultats de recherche obtenus par les utilisateurs, en vue d'une refonte de l'interface du site. Le questionnaire comportait cinq parties. Il est disponible en **Annexe 3**.

L'introduction expliquait aux participants le contexte et les motivations de ce travail. La première partie permettait aux IMG de renseigner leur semestre actuel et les MG, leur mode d'activité et le nombre d'années d'expérience.

La 2nde partie portait sur le contexte et les objectifs de la recherche effectuée par les participants au sujet d'une situation clinique dont ils se souvenaient. La question B1 et ses propositions étaient issues des études ayant déterminé les motifs de recherche principaux des MG, à savoir

des recherches concernant les indications d'examens complémentaires, les diagnostics différentiels, la prescription médicamenteuse, les conseils à donner aux patients ou encore au sujet de l'éducation thérapeutique (19–21).

La question C1 évaluait, selon les participants, la pertinence des informations obtenues par rapport à leurs besoins. Elle était issue et traduite du questionnaire de l'auteur *King, D.N.* soumis lors de son étude (13). Une échelle de Likert a été ajoutée à la version originale afin d'obtenir des réponses plus nuancées et précises. Le questionnaire n'étant pas disponible, il m'a gracieusement été fourni par le service des archives de l'Université de l'Illinois. L'autorisation d'utilisation est disponible en **Annexe 4**.

La 4^e partie s'intéressait aux conséquences des informations obtenues sur les soins proposés. Les modalités explorées étaient celles qui, dans la littérature, avaient été le plus souvent influencées par les lectures effectuées par les médecins (14,22).

La dernière partie explorait, chez les participants, les conséquences de la recherche sur leurs décisions de prise en charge et son utilité, de façon générale. Nous avons également recueilli les caractéristiques socio-démographiques des participants.

Plusieurs champs de saisie libre étaient à disposition des participants tout au long du questionnaire. L'ensemble des commentaires recueillis se trouve en **Annexe 9**.

Traitement des résultats

Répartition des données recueillies

Lors du traitement des données, des choix de répartition des effectifs ont été faits concernant l'âge, l'ancienneté des MG, le semestre des IMG et le moment où les participants ont effectué la recherche par rapport au moment où a eu lieu la consultation concernée. (**Annexe 5**)

Analyses statistiques

La réalisation des statistiques a été effectuée conjointement avec Mme Clara Gobin-Bourdet, statisticienne. Nous avons, dans la mesure du possible, utilisé le test du chi-2 d'indépendance. Cependant, en raison de faibles effectifs dans les modalités de certaines variables, ce test n'était pas toujours réalisable. Nous l'avons, dans ces cas-là, remplacé par un test exact de Fischer. Dans le Tableau 1 nous avons utilisé un test du chi-2 d'ajustement. Les statistiques inférentielles sont réalisées avec un risque alpha fixé à 5%.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Nous avons obtenu et analysé 97 réponses complètes (**Figure 1**). Le temps moyen de passation du questionnaire, dans son intégralité, était de près de 6 minutes.

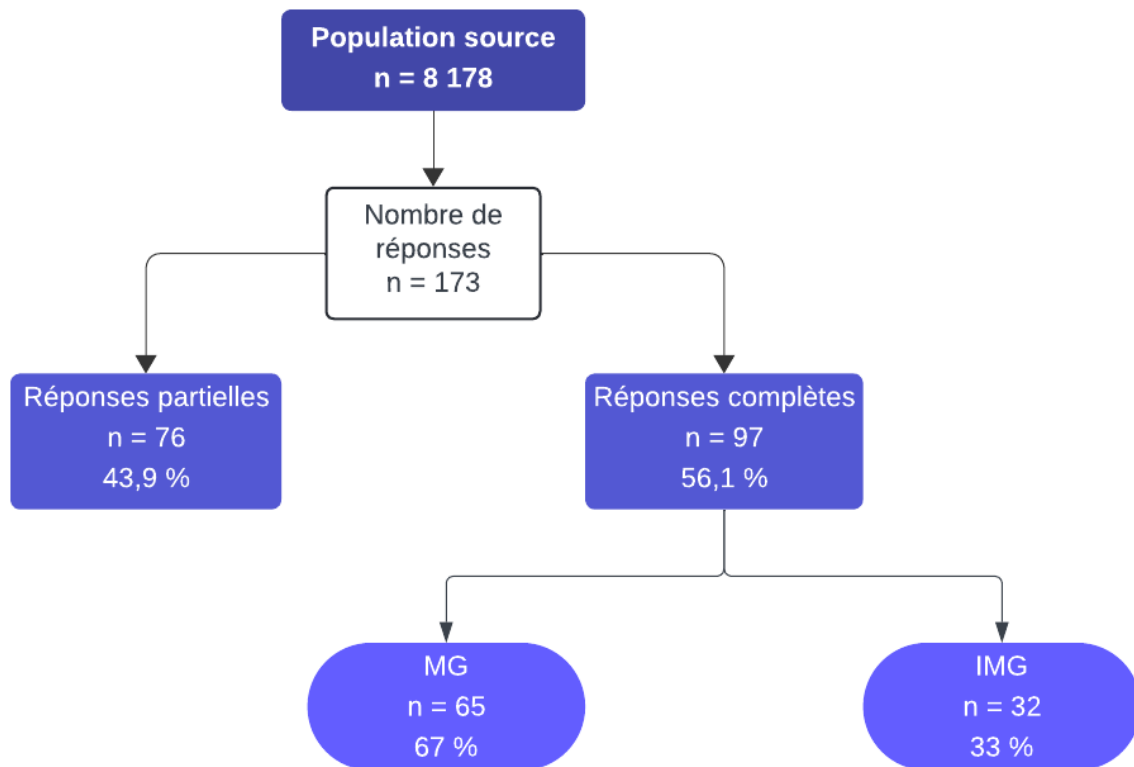


Figure 1 : Diagramme de flux de la constitution de l'échantillon

Notre échantillon se composait de 65 MG et 32 IMG. La moyenne d'âge était de 37 ans avec un écart-type de 10,9. Les femmes représentaient 55,7% de l'échantillon et les hommes 44,3%. Concernant les données socio-démographiques étudiées, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre notre échantillon et la population source (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon et de la population source

	Échantillon		Population source		<i>p-valeur</i>
	n ou m(SD)	% ou Min-Max	n	%	
Age (en années)	37,0 (10,9)	24 – 69			0,2448
Entre 18 et 24 ans	1	1,0	32	0,5	
Entre 25 et 30 ans	35	36,1	1859	32,4	
Entre 31 et 40 ans	32	33,0	1852	32,3	
Entre 41 et 50 ans	11	11,3	683	11,9	
Entre 51 et 65 ans	17	17,5	884	15,4	
Plus de 65 ans	1	1,0	429	7,5	
Ne sait pas			2439		
<i>Total</i>	97		8178		
Genre					0,9162
Homme	43	44,3		43,8	
Femme	54	55,7		56,2	
Activité					
Médecin généraliste	65	67		67,1	0,985
Étudiant	32	33		25,8	0,1056

Parmi les MG de l'échantillon, 50,8% [38,6 ;62,9] avaient un seul type d'exercice. Parmi les MG ayant plusieurs types d'exercice : 36,9% étaient maîtres de stage universitaire et 13,7% étaient enseignants en plus de leur activité clinique.

A propos de l'ancienneté des MG : 44,6% [32,5 ;56,7] exerçaient depuis moins de dix ans, 29,2% [18,2 ;40,3] depuis entre 10 et 19 ans, et 26,2% [15,5 ;36,8] depuis au moins 20 ans (**Annexe 6**).

Sur les 32 IMG participants, 37,5% [20,7 ;54,3] étaient en 1^{er}, 2^e ou 3^e semestre, et 62,4% [45,7 ;79,3] étaient en 4^e semestre ou plus (**Annexe 7**).

Description de la recherche effectuée par les participants

Objectif(s) de la recherche

Les participants devaient préciser, à partir d'une liste, le ou les objectifs de la recherche effectuée au sujet d'une situation de soins dont ils se souvenaient. S'ils étaient multiples, ils devaient être classés par ordre d'importance selon le participant.

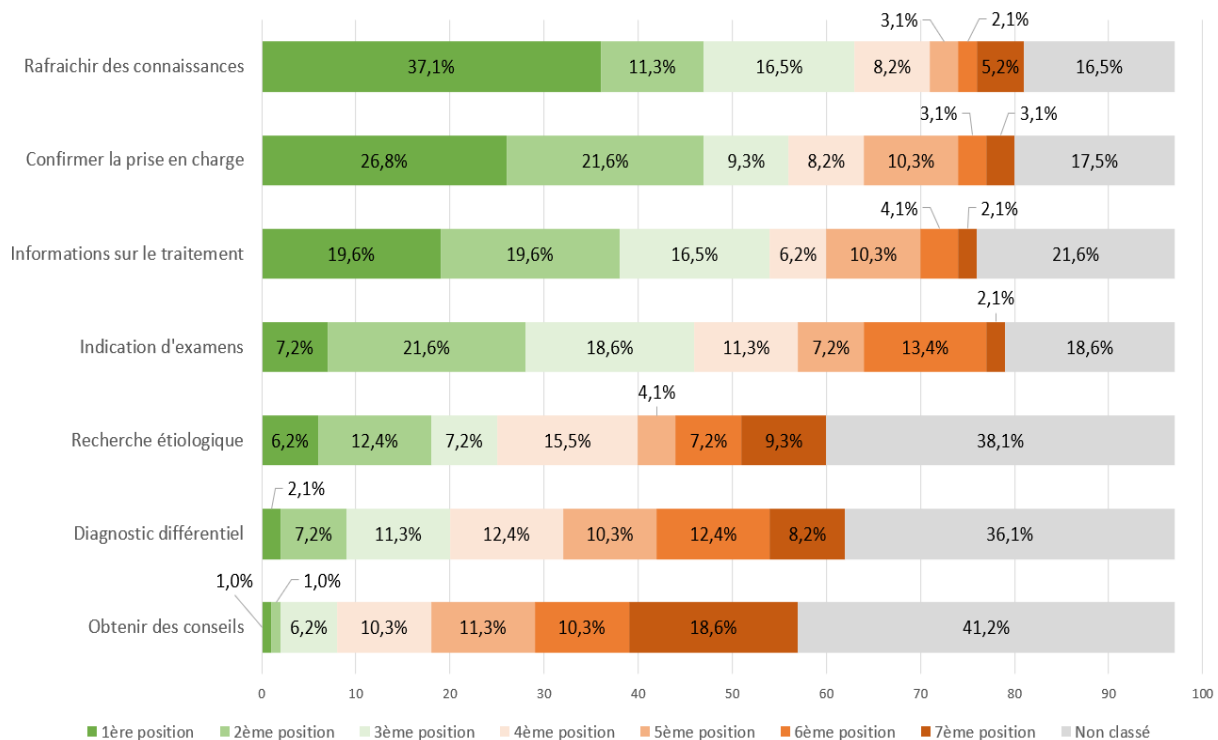


Figure 2 : Classement des différents objectifs de recherche, hiérarchisés selon leur importance, par les 97 MG et IMG participant à l'étude

Dans notre échantillon, les objectifs ayant été placés le plus fréquemment en premier étaient :

- « Rafraîchir des connaissances » pour 37,1% des participants,
- « Confirmer la prise en charge » pour 26,8% d'entre eux,
- « Obtenir des informations sur le traitement » pour 19,6% des participants.

Les objectifs classés le plus souvent par les participants, comme l'un des trois premiers objectifs de recherche, étaient :

- rafraîchir des connaissances
- confirmer une prise en charge
- obtenir des informations sur le traitement
- obtenir des informations sur les indications d'examens complémentaires.

Dans notre échantillon, la recherche de conseils à délivrer au patient, d'étiologie et de diagnostics différentiels étaient moins souvent classés en premier.

Selon les analyses en sous-groupes, le choix de l'objectif classé en premier par les participants, n'était pas significativement modifié selon le nombre de semestres d'internat effectués par les IMG, ni selon l'ancienneté des MG (**Annexe 8**).

Un champ de saisie libre était à la disposition des participants pour leur permettre d'ajouter d'éventuels objectifs ou d'apporter des précisions à leur réponse. Nous avons recueilli 11 commentaires, tels que « curiosité intellectuelle », « recherche de photos » ou encore à plusieurs reprises le fait de vouloir obtenir des informations « d'une source fiable », de « société savante », de « *[se conformer aux]* données actualisées » ou de permettre des « mise[s] à jour ». **(Annexe 9a)**

Questionnement initial ayant motivé les participants à effectuer leur recherche

Quarante-quatre participants (45,4%) ont précisé la question qui avait initialement motivé leur recherche dans un champ de texte libre. Elles sont rapportées en **Annexe 9b**.

Nous avons retenu deux d'entre elles afin de suivre le cheminement et les résultats obtenus par leurs auteurs :

- **Situation 1** : un médecin généraliste exerçant dans un cabinet de groupe depuis 22 ans s'est demandé : « *[Quelles sont les]* conditions de prescription d'une IRM dans les pathologies cervicales [?] »
- **Situation 2** : une médecin généraliste exerçant dans un centre de santé depuis 4 ans, s'est posé la question suivante : « suite à un traumatisme testiculaire avec un examen clinique sans particularité, hormis une légère sensibilité, quels étaient les arguments pour effectuer une échographie testiculaire ou un autre examen ? »

Temporalité de la recherche par rapport au moment de la consultation

Dans notre échantillon la recherche a été effectuée avant la consultation concernée dans 5,1% [0,8 ;9,6] des cas, pendant la consultation concernée dans 62,9% [53,3 ;72,5] des cas et après la consultation concernée dans 32% [22,7 ;41,2] des cas.

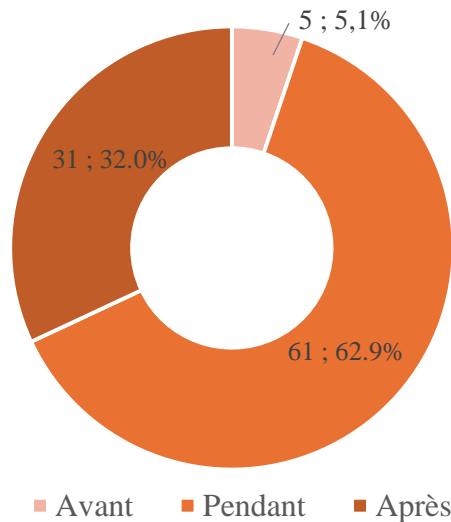


Figure 3 : Moment auquel les participants déclarent avoir effectué leur recherche par rapport au moment où la consultation concernée a eu lieu

Pertinence des résultats obtenus au terme de la recherche

Les participants ont ensuite été invités à évaluer la pertinence des résultats obtenus par rapport à leurs besoins, en fonction de différents critères, à l'aide d'une échelle de Likert.

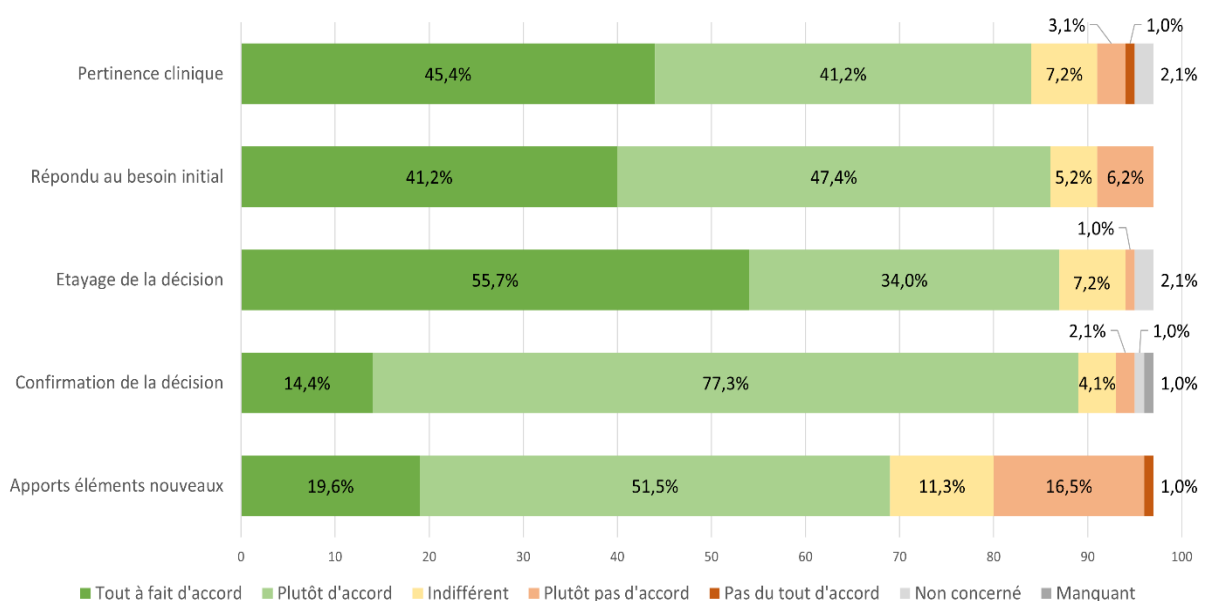


Figure 4 : Évaluation de la pertinence des informations trouvées par rapport aux besoins des participants

La satisfaction des participants, représentée par les propositions « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord », était prépondérante sur l'ensemble des critères étudiés. Les participants étaient, dans 55,7% [45,8 ;65,6] des cas, tout à fait d'accord avec le fait que les résultats de leurs recherches avaient permis d'étayer leur décision, 34% [24,6 ;43,5] étaient plutôt d'accord avec cela. Dans notre échantillon, 41,2% [31,4 ;51,0] et 47,4% [37,5 ;57,4] des participants étaient respectivement tout à fait d'accord et plutôt d'accord avec le fait que les résultats obtenus répondaient à leur besoin initial.

Concernant la proposition la plus nuancée, 16,5% [9,1 ;23,9] des participants déclaraient ne plutôt pas être d'accord avec le fait que leur recherche leur avait apporté des éléments nouveaux.

Des analyses en sous-groupes, présentées en **Annexe 10**, ont été réalisées. Les internes à partir et au-delà du 4^e semestre étaient, de manière significative ($p=0,016$), plutôt plus d'accord avec le fait que les informations aient été pertinentes cliniquement par rapport aux internes ayant effectués moins de semestres. Les IMG de ce premier groupe étaient également significativement plus souvent ($p=0,012$) plutôt d'accord sur le fait qu'ils avaient obtenus des éléments nouveaux lors de leur recherche, par rapport aux internes les moins avancés dans leur cursus.

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre l'évaluation de la pertinence des résultats par les MG et leur ancienneté.

Conséquences des informations obtenues sur la prise en charge proposée

Après avoir recueilli les informations concernant leur recherche, les participants ont précisé les éventuelles modifications apportées à la prescription de soins proposée au patient (**Tableau 2**). En cas de modification, ils devaient préciser s'ils avaient ajouté, supprimé ou modifié des éléments, et pouvaient compléter l'information via un champ de saisie libre (**Annexe 9d à 9h**).

Tableau 2 : Conséquences de la recherche effectuée par les participants sur leurs prescriptions de soins

	n	% [IC95%]
Modification de la prise en charge proposée, au sujet :		
<u>Des conseils donnés</u>		
Oui	50	51,6 [41,6 ;61,5]
<i>Modification de la prescription</i>	13	26,0
<i>En a ajouté</i>	37	74,0
<i>En a supprimé</i>	0	0,0
Non	39	40,2 [30,5 ;50]
Ne sait pas	8	8,3 [2,8 ;13,7]
<u>Du choix des examens complémentaires</u>		
Oui	49	50,5 [40,6 ;60,5]
<i>Modification de la prescription</i>	22	44,9
<i>En a ajouté</i>	16	32,7
<i>En a supprimé</i>	11	22,5
Non	41	42,3 [32,4 ;52,1]
Ne sait pas	7	7,2 [2,1 ;12,4]
<u>Du traitement médicamenteux</u>		
Oui	35	36,1 [26,5 ;45,6]
<i>Modification de la prescription</i>	24	68,6
<i>En a ajouté</i>	7	20,0
<i>En a supprimé</i>	4	11,4
Non	52	53,6 [43,7 ;63,5]
Ne sait pas	10	10,3 [4,3 ;16,4]
<u>Du traitement non médicamenteux</u>		
Oui	21	21,7 [13,5 ;29,9]
<i>Modification de la prescription</i>	9	42,9
<i>En a ajouté</i>	8	38,1
<i>En a supprimé</i>	3	14,3
<i>Non précisé</i>	1	4,8
Non	65	67,0 [57,7 ;76,4]
Ne sait pas	11	11,3 [5 ;17,7]
<u>De l'orientation du patient ou de la patiente</u>		
Oui	11	11,3 [5 ;17,7]
Non	75	77,3 [69 ;85,7]
Ne sait pas	11	11,3 [5 ;17,7]
<u>Du diagnostic</u>		
Oui	4	4,1 [0,2 ;8,1]
Non	85	87,6 [81,1 ;94,2]
Ne sait pas	8	8,3 [2,8 ;13,7]

Les conseils donnés aux patients ont été influencés par les résultats de la recherche dans 51,6% [41,6 ;61,5] des cas. La modification consistait en l'ajout de conseils dans 74% des situations modifiées. Dans la **Situation 2** évoquée précédemment, le praticien a pu, grâce à ses recherches, rappeler au patient concerné l'importance d'une « contention ou suspension testiculaire » après le traumatisme.

Une modification de prescription d'examens complémentaires a été effectuée dans 50,5% [40,6 ;60,5] des situations. Dans 44,9% de ces cas, il s'agissait d'une modification de l'examen prescrit, dans 32,7% d'un ajout et dans 22,5% d'une suppression d'examen prescrit. Ce fut le cas de la **Situation 1** : l'indication d'IRM du rachis cervical, initialement envisagée, n'a finalement pas été retenue.

La prescription de traitement médicamenteux a été influencée par les résultats de la recherche dans 36,1% [26,5 ;45,6] des situations. Parmi elles, il s'agissait d'une modification des médicaments dans 68,6% des cas, d'un ajout dans 20% et d'une suppression de médicament dans 11,4%.

Les participants rapportent, pour 21,7% [13,5 ;29,9] d'entre eux, une modification de la prescription non médicamenteuse.

L'orientation du patient a été modifiée dans 11,3% [5,0 ;17,7] des cas. Onze modifications d'orientation ont été rapportées avec notamment 2 hospitalisations évitées et 1 hospitalisation ajoutée (**Annexe 11**).

Sur l'ensemble de l'échantillon, 4,1% [0,2 ;8,1] des participants ont changé de diagnostic.

Analyses en sous-groupes

Les tableaux sont présentés en **Annexe 12**. Dans notre échantillon :

- Les internes en semestre 4 et plus ont effectué une modification de leur prescription de traitement médicamenteux dans 45% des situations, ce qui est significativement plus fréquent ($p\text{-valeur}=0,038$) que pour les internes en début de cursus, qui l'ont fait dans 16,7% des cas. (**Tableau 9**)
- Les MG avec moins de 10 années d'ancienneté ont significativement plus ($p\text{-valeur}=0,011$) modifié leurs prescriptions de traitement médicamenteux, et ce dans 58,6% des cas, que ceux ayant entre 10 et 19 ans d'ancienneté qui l'ont fait dans 21,1% des situations et les plus expérimentés (≥ 20 ans) dans 17,7% des cas. (**Tableau 10**)
- Il n'y avait pas de lien significatif entre le moment de la réalisation de la recherche par rapport au moment où la situation de soins s'est présentée aux participants, et les modifications de soins proposés. (**Tableau 11**)

Utilité et conséquences globales de la recherche pour la situation concernée

Pour conclure le questionnaire, deux questions étaient posées aux participants, avec une échelle de Likert pour recueillir leur avis. La première évaluait leur ressenti général concernant l'utilité des résultats obtenus lors de la recherche. La seconde portait sur les répercussions globales desdits résultats sur leurs prises en charge.

Pour 96,9% [93,5 ;100] des participants, leurs recherches leur ont permis de trouver des éléments considérés comme utiles. Pour 83,5% [76,1 ;90,9] de l'effectif, les informations recueillies ont eu des conséquences sur leurs propositions de prise en charge.

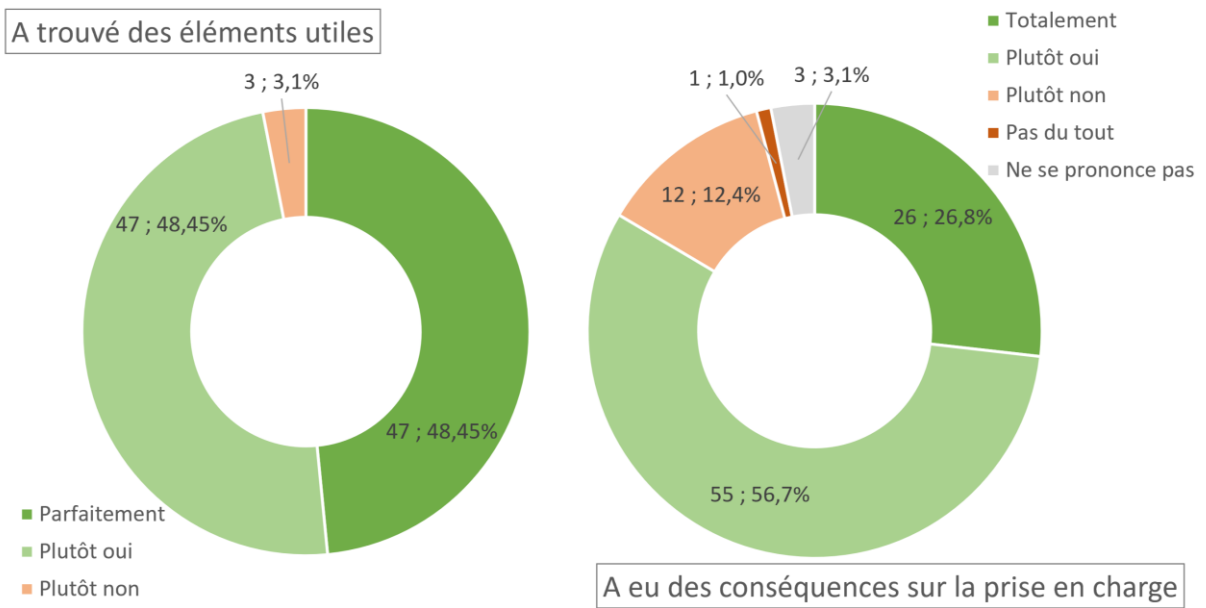


Figure 5 : Évaluation de l'utilité de la recherche et de ses conséquences globales sur la prise en charge proposée par les participants

Ces deux variables n'étaient pas significativement modifiées en fonction, ni de l'objectif principal initial de la recherche, ni de la temporalité de la réalisation de celle-ci par rapport au moment où la consultation concernée s'était présentée aux participants. Les résultats des analyses en sous-groupes sont présentés en **Annexe 13**.

DISCUSSION

Les résultats des recherches effectuées sur ebmfrance, par les MG et IMG participants, ont entraîné des conséquences sur les soins proposés aux patients dans 83,5% des cas.

Les conséquences portaient sur plusieurs aspects de la proposition de soins. Les conseils délivrés aux patients ont été modifiés dans 51,6% des cas. Les examens complémentaires proposés ont été modifiés par 50,5% des participants. Les prescriptions des thérapeutiques médicamenteuses ont été modifiées dans 36,1% des cas. L'orientation du patient dans le parcours de soins a été influencée par les résultats de la recherche dans 11,3% des situations rapportées.

Les recherches effectuées par les participants à notre étude ont permis de trouver des éléments de réponse considérés comme utiles pour leur questionnement initial par 96,9% d'entre eux. En comparaison, dans l'étude préliminaire à la création du site ebmfrance, les participants avaient évalué l'utilité d'EBMpractice.net à 78,6%, en 2017 (18). Cette différence pourrait s'expliquer par l'évolution d'ebmfrance depuis sa création effective en 2019. Le test initial de 2017 permettait aux MG de consulter la collection *EBM Guidelines* sans qu'elle n'ait été adaptée à la pratique française. La version actuelle d'ebmfrance a été enrichie par une collection de guides de pratique clinique issus des travaux de la HAS et des guides de la collection *EBM Guidelines* sur lesquels l'équipe ebmfrance a apposé des notes de contextualisation française. La seconde hypothèse serait que les participants ayant répondu au questionnaire dans son intégralité (97 réponses complètes sur 173) pourraient avoir un attrait particulier pour cet outil. Le nombre, la pertinence et l'exhaustivité de certains commentaires pourraient étayer cette hypothèse. L'utilité d'ebmfrance pourrait être réévaluée, dans une autre étude, auprès de tous les MG et IMG de France, qui ne sont pas tous des utilisateurs habituels de la plateforme.

Dans l'étude de l'auteur *Marshall, J.G.* (14), les modifications de prise en charge rapportées le plus fréquemment par les médecins et internes, après des recherches effectuées dans les bibliothèques hospitalières, concernent les conseils donnés aux patients (71,6%). Dans notre étude, qui a porté sur une recherche effectuée sur ebmfrance, les modifications de prise en charge les plus fréquentes portaient aussi sur les conseils délivrés aux patients à hauteur de 51,6%. Il s'agissait d'un ajout de conseils dans 74% des cas. En revanche, concernant les objectifs principaux de recherche identifiés, *a priori*, par les participants de notre échantillon, « obtenir des conseils à soumettre au patient » était celui qui avait été le moins souvent rapporté.

On peut émettre l'hypothèse que les MG et IMG viendraient consulter ebmfrance sans forcément que leur priorité soit de chercher activement des conseils à donner aux patients, mais qu'ils en trouveraient au détour de leur recherche, ce qui leur permettrait d'en délivrer davantage. Deux participants rapportaient, par exemple, avoir donné des conseils en matière de règles hygiéno-diététiques. Concernant l'importance des conseils donnés par les médecins, la littérature met en évidence des conséquences importantes sur la santé. Dans la prévention primaire du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque, une bonne observance des règles hygiéno-diététiques permet de diminuer l'incidence de la maladie de 50% à un an. L'activité physique d'intensité modérée à élevée retarde l'apparition du diabète de type 2 par rapport aux personnes sédentaires (23). Dans l'hypertension artérielle, la perte de poids chez les patients obèses et la réduction de l'apport salé, améliorent les chiffres tensionnels et la protection cardiovasculaire (24). Cela entraîne une diminution des traitements et de leurs effets indésirables potentiels.

Marshall, J.G. (14) met en évidence, dans l'étude de Rochester, une modification de prescription d'examens complémentaires dans 50,5% des situations, après obtention d'informations via les bibliothèques hospitalières. Dans notre étude, 50,5% des situations ont également subi des modifications à ce sujet. Il s'agissait d'un ajout d'examen complémentaire dans 32,7% des cas, ce qui est cohérent avec la littérature qui met en évidence que certains examens complémentaires prescrits en soins primaires sont parfois sous-utilisés (25). Il s'agissait d'une suppression d'examen complémentaire dans 22,5% des cas. De la même manière un certain nombre d'examens complémentaires peuvent être surprescrits (25). Les conséquences d'une surprescription peuvent être :

- l'exposition à des effets indésirables potentiels (rayonnement, néphropathie liée au produit de contraste, actes invasifs ...) (26).
- découverte de lésions fortuites et surdiagnostics (27).
- coût économique pour la société

En cela, on peut faire l'hypothèse que la consultation d'ebmfrance a pu s'inscrire pour ces participants dans une action de prévention quaternaire, au cœur de l'activité de la médecine générale (28).

Concernant l'orientation des patients, dans notre étude, deux hospitalisations prévues n'ont finalement pas été retenues après recueil des informations sur le site ebmfrance, tandis qu'une autre hospitalisation a été décidée. Ces trois décisions d'orientation ville-hôpital sur 97

situations nous ont semblé importantes à relever. Décider d'hospitaliser à bon escient est un enjeu de santé publique notable. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette décision a pu éviter à ces deux patients l'exposition à certains risques connus de l'hospitalisation, et donc de « ne pas nuire » à leur santé. On connaît par exemple, les risques de majoration de la dépendance et d'altération des fonctions cognitives, de complications de décubitus, d'exposition à un environnement vecteur d'agents infectieux potentiels (29,30).

Dans notre étude, les internes à partir et au-delà du 4^e semestre ont significativement plus modifié leurs prescriptions de traitements médicamenteux. Ils ont aussi trouvé des informations nouvelles et pertinentes cliniquement de façon significativement plus fréquente que les internes en début de cursus. Une première hypothèse pourrait être que leurs apprentissages théoriques étant plus lointains, certaines recommandations pourraient avoir changé compte tenu de l'évolution rapide des connaissances en médecine. Une seconde hypothèse serait que les internes en début de cursus, ayant moins d'expérience, souhaiteraient obtenir des informations « prêtes à l'emploi » et que ces attentes évoluent à mesure de leur formation. *Sackett, D.L.* alerte dès 1996 sur cette conception limitée type « recettes de cuisine » (« *cookbook* ») de l'*Evidence-based medicine*, qui a besoin d'être dépassée pour s'inscrire dans une décision partagée en santé (1). Des études complémentaires pourraient explorer l'hypothèse que, le besoin d'informations des internes évolue pendant leur formation.

Les MG ayant moins de dix ans d'expérience ont rapporté une modification significativement plus fréquente de leurs prescriptions médicamenteuses que les MG les plus expérimentés et ce, de façon décroissante et inversement proportionnelle en fonction des trois catégories d'ancienneté constituées. Difficile de savoir si cela résulte du fait que les MG les plus expérimentés connaissent mieux les recommandations et donc que leurs propositions de soins nécessitent moins d'adaptation à la suite de leurs recherches, ou à l'inverse du fait qu'ils s'appuient au fil du temps davantage sur leur expérience suivant, en routine, moins souvent les recommandations (31).

Il est important de noter que certaines situations rapportées dans notre étude n'ont subi aucune modification à la suite des résultats de recherche obtenus. La population source est constituée de MG et IMG ayant déjà des connaissances. Pour 26,8% de l'effectif, l'objectif principal de la recherche était de « confirmer leur prise en charge ». Un travail de recherche pourrait

s'intéresser au besoin, ou non, qu'éprouvent les MG et IMG de confirmer leurs décisions, y compris en l'absence de doute, avant de statuer sur leurs propositions de soins ?

Concernant les MG de notre échantillon et de la population source, nous ne connaissons pas précisément leurs lieux d'exercice, ce qui peut avoir des conséquences sur les réponses à notre questionnaire. La disponibilité et l'accès aux examens complémentaires, la précarité éventuelle de la population ou encore le type d'exercice, en consultation ou à domicile, peuvent par exemple entraîner des adaptations de la prise en charge proposée par les praticiens. Une étude complémentaire sur ce sujet serait intéressante.

Forces de l'étude

L'échantillon d'étude est représentatif de la population source en l'absence de différence significative entre les données socio-démographiques des deux groupes.

Les statistiques inférentielles réalisées nous ont permis de mettre en évidence certaines associations significatives.

Le questionnaire a été réalisé à partir de références bibliographiques. Concernant l'évaluation de la pertinence des résultats obtenus, au terme de la recherche, elle a été faite via une question ayant été élaborée par différents groupes de travail de l'Illinois pour une étude antérieure, testée et améliorée en conséquence.

Une pré-enquête avec observation participante de l'investigatrice a permis de connaître le support d'étude représenté par ebmfrance.

Faiblesses de l'étude

L'échantillon, qui compte 97 réponses, est de petite taille. Parmi l'ensemble des personnes ayant commencé à remplir le questionnaire, 43,9% ne l'ont pas terminé. Ceci peut s'expliquer en partie par la longueur du questionnaire.

Cette faiblesse apparente de l'étude est à mettre en balance avec le fait qu'il était nécessaire d'avoir une situation clinique en mémoire, et que l'étude posait des questions précises sur celle-ci : en cela 97 réponses peuvent aussi être considérées comme une participation satisfaisante.

D'autres études en sous-groupes étaient prévues dans le plan d'analyses statistiques. Nous souhaitions mettre en évidence d'éventuels liens entre le type d'activité des MG (individuel ou en groupe) et un certain nombre de variables étudiées. Ces analyses n'ont toutefois pas pu être réalisées en raison du faible effectif de MG exerçant de façon individuelle, évalué à 12,3% dans notre échantillon. En 2019, 38% des MG exerçaient seuls et 62% en groupe.

Le fait de remplir le questionnaire rétrospectivement par rapport au moment où la situation clinique s'était présentée aux participants, peut également avoir favorisé des réponses approximatives ou incomplètes. L'étude est donc soumise à un éventuel biais de mémorisation. L'étude peut être soumise à un biais de confirmation compte tenu du fait que les participants pouvaient choisir la situation clinique de leur choix. Certains d'entre eux, consciemment ou non, ont peut-être choisi une recherche dont les informations trouvées ont confirmé leur idée initiale, n'entraînant donc que peu de modifications dans la prise en charge.

Il existe également un éventuel biais de sélection avec, dans notre échantillon, 36,9% de MG étant également maîtres de stage universitaire. En 2021 le nombre de MSU en France était évalué à 5,2 % sur le territoire.

CONCLUSION

L'objectif principal de la présente étude était de décrire comment les informations trouvées par les utilisateurs d'ebmfrance, lors de leurs recherches, pouvaient influencer leurs prises de décisions et quelles pouvaient être les conséquences sur les soins proposés.

Selon les médecins généralistes et internes en médecine générale ayant participé à l'étude, les résultats de recherche ont entraîné des conséquences sur la décision de soins proposée aux patients dans 83,5% des cas. Ces conséquences ont été multiples : des modifications ont été apportées aux conseils délivrés aux patients dans 51,6% des cas et aux examens complémentaires proposés dans 50,5% des cas. La prescription des thérapeutiques médicamenteuses a été modifiée par 36,1% des participants et l'orientation du patient dans le parcours de soins a été affectée par les résultats de recherche dans 11,3% des situations rapportées.

Pour 96,9% des participants, les éléments recueillis sur la plateforme ont été utiles dans leurs prises de décisions en situation de soins.

Ces résultats peuvent être significativement influencés par l'ancienneté des MG et l'avancée des IMG dans leur cursus. Les objectifs de recherche rapportés le plus fréquemment par les participants étaient le besoin de rafraîchir leurs connaissances, de confirmer une prise en charge, d'obtenir des informations au sujet du traitement ou des indications d'exams complémentaires. Les participants ont rapporté que les informations trouvées sur la plateforme ebmfrance étaient pertinentes cliniquement, apportaient une réponse à leur besoin initial et permettaient d'étayer leur prise de décision.

THÈSE SOUTENUE PAR : Laura CHOGNE

TITRE :

CONSÉQUENCES DE L'USAGE D'EBMFRANCE, SELON LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE, SUR LEURS DÉCISIONS EN SITUATION DE SOINS

CONCLUSION :

Introduction : Les décisions de soins au sujet d'une situation médicale, se prennent au carrefour des compétences du praticien, des expériences et des valeurs du patient et des données de la science disponibles. Le tout s'inscrivant dans un contexte clinique. Lors d'une consultation, la disponibilité des connaissances peut modifier la prise de décision sur la prescription d'examens complémentaires, des thérapeutiques médicamenteuses ou non, des conseils donnés aux patients, ou de leur orientation dans le parcours de soin. Le Collège de la Médecine Générale propose l'outil ebmfrance, d'aide à la décision, sous forme de base de guides de pratique clinique orientés pour la spécialité de médecine générale. Objectif : Décrire de quelle manière l'usage de l'outil ebmfrance, pour obtenir des informations au sujet d'une situation de soins a, selon les utilisateurs, influencé leurs décisions et éventuellement entraîné des conséquences sur les soins proposés au patient concerné. Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, à l'aide d'un questionnaire proposé à l'ensemble des utilisateurs d'ebmfrance. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste ou interne en médecine générale, ayant déjà effectué au moins une recherche sur la plateforme. Le questionnaire a été accessible pendant 3 mois et nous avons recueillis 97 réponses complètes. Résultats : Les recherches effectuées sur ebmfrance par les participants ont influencé leurs prises de décisions dans 83,5% [76,1 ;90,9] des situations rapportées. Des modifications de conseils délivrés aux patients, de prescription d'examens complémentaires, des thérapeutiques médicamenteuses ont notamment été décrites dans respectivement 51,6% [41,6 ;61,5], 50,5% [40,6 ;60,5] et 36,1% [26,5 ;45,6] des situations. Les participants étaient d'accord avec le fait que les informations obtenues aient été utiles dans 96,9% [93,5 ;100] des cas, pertinentes cliniquement dans 86,6% [79,8 ;93,4] des cas, apportant une réponse à leur besoin initial dans 88,6%, [82,4 ;95] des cas, permettant d'étayer leurs décisions dans 89,7%, [83,6 ;95,7] des cas. Conclusion : Selon les participants, les recherches effectuées sur ebmfrance ont été utiles et ont pu influencer leurs décisions, entraînant des modifications dans leurs prises en charge. Dans notre échantillon, les modifications apportées étaient le plus souvent au sujet des conseils donnés aux patients, de la prescription d'examens complémentaires et de la prescription médicamenteuse. Mots clés : Guide de bonnes pratiques, médecine générale, ressources en santé, informatique médicale, qualité des soins de santé

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 79 / 9 / 2024

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr Philippe CINQUIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 8 juin 2002;324(7350):1350.
3. Article R4127-11 - Code de la santé publique - [Internet]. [cité 3 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843562
4. Article 59 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001849148
5. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2011;122:48-58.
6. Clerc I, Ventelou B, Guerville MA, Paraponaris A, Verger P. General practitioners and clinical practice guidelines: a reexamination. *Med Care Res Rev*. août 2011;68(4):504-18.
7. Davies K. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Information & Libraries Journal*. 2007;24(2):78-94.
8. González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, et al. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):345-52.
9. Modig S, Höglund P, Troein M, Midlöv P. GP's adherence to guidelines for cardiovascular disease among elderly: a quality development study. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:767892.
10. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ*. 26 oct 1996;313(7064):1062-8.
11. Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B, Godlee F, Macdonald H, Jarvies D. Evidence based medicine manifesto for better healthcare. *BMJ*. 20 juin 2017;357:j2973.
12. Racine L. État des lieux des grades présents dans les recommandations de la Haute autorité de santé [Thèse d'exercice]. Université Jean Monnet; 2022.

13. King DN. The contribution of hospital library information services to clinical care: a study in eight hospitals. *Bull Med Libr Assoc.* oct 1987;75(4):291-301.
14. Marshall JG. The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester study. *Bull Med Libr Assoc.* avr 1992;80(2):169-78.
15. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 23 sept 1988;260(12):1743-8.
16. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* oct 2009;18(5):385-92.
17. Les pratiques numériques des professionnels de santé, 2ème année du baromètre [Internet]. 2015 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-pratiques-numeriques-des-professionnels-de-sante-2eme-annee-du-barometre>
18. Rambaud C, Fauquert B, Charbonnel P, Falcoff P, Letrilliart L. Evaluation of the Belgian Guidelines Website EBMPracticeNet in French General Practice. *Stud Health Technol Inform.* 21 août 2019;264:1759-60.
19. Magrabi F, Coiera EW, Westbrook JI, Gosling AS, Vickland V. General practitioners' use of online evidence during consultations. *Int J Med Inform.* janv 2005;74(1):1-12.
20. Allen M, Currie LM, Graham M, Bakken S, Patel VL, Cimino JJ. The Classification of Clinicians' Information Needs While Using a Clinical Information System. *AMIA Annu Symp Proc.* 2003;2003:26-30.
21. Seguin A, Haynes RB, Carballo S, Iorio A, Perrier A, Agoritsas T. Translating Clinical Questions by Physicians Into Searchable Queries: Analytical Survey Study. *JMIR Med Educ.* 20 avr 2020;6(1):e16777.
22. Lindberg DA, Siegel ER, Rapp BA, Wallingford KT, Wilson SR. Use of MEDLINE by physicians for clinical problem solving. *JAMA.* 23 juin 1993;269(24):3124-9.
23. Jonker JT, Chris De Laet, Oscar H Franco, Anna Peeters, Johan Mackenbach, Wilma J Nusselder. Physical activity and life expectancy with and without diabetes: life table analysis of the Framingham Heart Study [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16373893/>

24. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 1 déc 2023;41(12):1874-2071.
25. O’Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD, Perera R, Aronson JK, Roberts N, et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 1 févr 2018;8(2):e018557.
26. Contrast-Induced Nephropathy after Intravenous Administration: Fact or Fiction? - ScienceDirect [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033838909000943?via%3Dihub>
27. Lumbreras B, Donat L, Hernández-Aguado I. Incidental findings in imaging diagnostic tests: a systematic review. *British Journal of Radiology*. 1 avr 2010;83(988):276-89.
28. Marc Jamouille, IRSS-UCL & Michel Roland, DMG-ULB . Médecins de famille, Belgique. Prévention quaternaire : De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000440.pdf>
29. Principaux résultats de l’enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé. *Santé Publique France* [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-s>
30. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. avr 2003;51(4):451-8.
31. Harris MF, Lloyd J, Krastev Y, Fanaian M, Davies GP, Zwar N, et al. Routine use of clinical management guidelines in Australian general practice. *Aust J Prim Health*. 2014;20(1):41-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Stratégie de diffusion du questionnaire d'étude

Le 29 février 2024, le lien a été publié pour la première fois dans la newsletter mensuelle d'ebmfrance. Le Dr Agnès Peltier a également effectué une présentation orale et distribué des documents d'information lors du Congrès Médecine Générale France (CMGF) à Paris en mars 2024. Nous avons sollicité plusieurs plateformes et sites internet afin qu'ils relaient l'information.

Ces derniers ont accepté de publier le questionnaire accompagné d'une brève présentation du travail :

- le site de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Auvergne-Rhône-Alpes
- le site de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Grenoble,
- le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de l'Isère

Nous avons également sollicité certaines connaissances personnelles.

Annexe 2 : Méthode d'obtention des données socio-démographiques de la population source

L'ensemble des informations nous a été fourni par la directrice opérationnelle d'ebmfrance, Mme Camille Ingouf.

- Concernant le type d'exercice de la population source, les dernières données ont été extraites en juin 2024. Il existe pour les données de la population d'ebmfrance, deux catégories supplémentaires « autre » et « autre spécialité », non présentes dans notre échantillon. À la différence de notre étude, la catégorie « étudiant » de la population source, ne fait pas de distinction sur la spécialité exercée. Ces derniers peuvent être internes dans une autre spécialité que celle de la médecine générale.
- Concernant l'âge : cette information a été extraite à partir de la date de naissance demandée lors de l'inscription sur ebmfrance. Les données reportées en Tableau 1 datent du premier semestre 2023.
- Concernant le genre, l'information n'est pas recueillie lors de l'inscription sur ebmfrance. Il s'agit d'une approximation effectuée au regard du prénom renseigné lors de l'inscription.

Annexe 3 : Questionnaire d'étude

Bonjour,

Interne de médecine générale en 5e semestre, je vous propose de participer à mon travail de thèse en répondant à ce questionnaire. Le but est d'évaluer de quelle manière les lectures effectuées par les médecins généralistes sur ebmfrance ont influencé leur prise de décision dans une situation de soin. Ce questionnaire porte sur la dernière fois dont vous vous souvenez avoir recherché des informations dans la base au sujet d'un(e) patient(e).

Il vous faudra moins d'une dizaine de minutes pour y répondre. Le traitement des données est anonymisé. N'hésitez pas à répondre à ce questionnaire même en l'absence de satisfaction concernant les résultats de votre recherche. Mon travail est dirigé par Dr Agnès Peltier.

En vous remerciant par avance pour votre participation, et l'aide que vous m'apporterez pour mener ce projet à bien,

Cordialement

Laura CHOGNE

Partie A:

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes et internes de médecine générale.

A1. Vous êtes ... :

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> |
| Interne de médecine générale | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> |

A2. De quelle(s) manière(s) exercez-vous ?

- | | |
|---|--------------------------|
| Dans un centre de santé (activité salariée) | <input type="checkbox"/> |
| Dans une maison de santé (activité libérale) | <input type="checkbox"/> |
| Dans un cabinet de groupe | <input type="checkbox"/> |
| Dans un hôpital | <input type="checkbox"/> |
| Dans un cabinet individuel | <input type="checkbox"/> |
| En tant que maître de stage (MSU) | <input type="checkbox"/> |
| En tant qu'enseignant-généraliste impliqué dans un département de médecine générale | <input type="checkbox"/> |
| Autre , précisez : | <input type="checkbox"/> |

Autre , précisez :

A3. Depuis combien d'année(s) exercez vous ?

A4. En quel semestre êtes vous ?

1e semestre	<input type="checkbox"/>
2e semestre	<input type="checkbox"/>
3e semestre	<input type="checkbox"/>
4e semestre	<input type="checkbox"/>
5e semestre	<input type="checkbox"/>
6e semestre	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Autre

Partie B: Au sujet de votre recherche...

B1. Quel était votre objectif (ou les objectifs) lors de cette recherche ?
Veuillez les classer par ordre d'importance.

Confirmer votre prise en charge	<input type="checkbox"/>
Rafraichir vos connaissances au sujet d'une pathologie	<input type="checkbox"/>
Avoir des informations au sujet du traitement	<input type="checkbox"/>
Recherche d'étiologie	<input type="checkbox"/>
Recherche de diagnostic différentiel	<input type="checkbox"/>
Rechercher des indications d'examens complémentaires	<input type="checkbox"/>
Obtenir des conseils à soumettre au patient	<input type="checkbox"/>

B2. Aviez vous d'autres objectifs lors de cette recherche ?

B3. Quand avez-vous effectué cette dernière recherche sur ebmfrance ?

(ou la dernière recherche dont vous vous souvenez)

Avant la consultation concernée	<input type="checkbox"/>
Pendant la consultation concernée	<input type="checkbox"/>
Après la consultation concernée	<input type="checkbox"/>

B4. Quelle était la question que vous vous posiez lors de cette recherche ?
(réponse facultative)

Partie C: Concernant les résultats obtenus lors de cette recherche...

C1. Concernant les informations que vous avez trouvées, à quel point êtes vous d'accord avec les propositions suivantes ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non concerné(e)
Certains éléments étaient nouveaux pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela a confirmé ce que je savais déjà ou ce que je	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela a contribué (ou va contribuer) à une décision clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations trouvées ont répondu à mon besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations trouvées étaient pertinentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Voulez-vous ajouter un commentaire ?

Partie D: Concernant les conséquences de votre recherche...

D1. Suite aux informations reçues, avez-vous géré (ou allez-vous gérer) la situation différemment de ce que vous aviez prévu ?

Certainement	<input type="checkbox"/>
Probablement	<input type="checkbox"/>
Incertain	<input type="checkbox"/>
Probablement pas	<input type="checkbox"/>
C'est sûr que non	<input type="checkbox"/>

D2. les informations reçues lors de cette recherche ont-elles modifié..
Votre diagnostic

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

D3. Le choix des examens complémentaires

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

■ D4. -> De quelle maniere ? (si vous le souhaitez, précisez :)

J'en ai ajouté
 J'en ai supprimé
 J'ai modifié ma prescription

D5. Le choix du traitement médicamenteux

Oui
 Non
 Je ne sais pas

D6. -> De quelle maniere ? (si vous le souhaitez, précisez :)

J'en ai ajouté
 J'en ai supprimé
 J'ai modifié ma prescription

D7. Le choix du traitement non médicamenteux

Oui
 Non
 Je ne sais pas

D8. -> De quelle manière ? (si vous le souhaitez, précisez :)

J'en ai ajouté
 J'en ai supprimé
 J'ai modifié ma prescription

D9. Les conseils donnés au patient ou à la patiente

Oui
 Non
 Je ne sais pas

D10. De quelle manière ? (si vous le souhaitez, précisez :)

J'en ai ajouté
 J'en ai supprimé
 Je les ai modifiés

D11. Avez-vous modifié l'adressage (orientation) de votre patient :

Oui

Non

Je ne sais pas / non concerné(e)

D12. -> De quelle(s) manière(s) ? (précisez si besoin)

En le prenant en charge en ambulatoire alors que vous pensiez l'hospitaliser

Commentaire

En l'hospitalisant alors que vous ne comptiez pas le faire

Commentaire

En l'adressant à un spécialiste d'organe alors que vous ne comptiez pas le faire

Commentaire

En assurant la prise en charge vous même alors que vous pensiez l'adresser à un spécialiste d'organe

Commentaire

En l'adressant à un professionnel paramédical (kiné, IDE, diététicien, ergothérapeute ...) alors que vous ne comptiez pas le faire (précisez dans le champ ci-joint)

Commentaire

Autre, précisez dans le champ ci-joint

Commentaire

Partie E:

E1. Pour finir, Sur cette dernière recherche, jugez-vous avoir trouvé des éléments utiles en réponse à votre questionnement ?

Parfaitement

Plutôt oui

Plutôt non

Pas du tout

Ne se prononce pas

- E2. Sur cette dernière recherche, jugez-vous que la lecture d'embryofranchise a eu des conséquences sur votre prise de décision ?
- | | |
|--------------------|--|
| Totalement | |
| Plutôt oui | |
| Plutôt non | |
| Pas du tout | |
| Ne se prononce pas | |
- E3. Vous êtes :
- | | |
|--------------------------|--|
| Une femme | |
| Un homme | |
| Ne souhaite pas répondre | |
- E4. Quel est votre âge ?
-
- E5. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cette enquête ?

Si vous souhaitez avoir connaissance des résultats de cette étude, n'hésitez pas à nous laisser votre adresse mail.

Merci d'avoir contribué à ce travail de thèse d'exercice.

Annexe 4 : Autorisation d'utilisation du questionnaire de l'auteur King, D.N. émise par l'université d'Illinois

University of Illinois at Urbana-Champaign Archives
Agreement on Duplicating Textual Archival and Manuscript Materials
March, 2001, rev. January 2023

For users who are unable to make their own copies, especially for off-site users, the Archives will provide single copies of textual materials, including accompanying photographic, pictorial, or graphic illustrations. Single copies are provided at the cost of reproduction for the purpose of private study under fair use provisions and Library/Archives provisions of the copyright act. It is the user's responsibility to obtain the University's and/or other copyright holder's permission before using the material for any purpose except according to the conditions of Fair Use. The researcher is responsible for ensuring that the work carries a credit line stating: "Courtesy of the University of Illinois Archives" along with the name and record series number of the source of the material.

NOTICE WARNING CONCERNING COPYRIGHT RESTRICTIONS

The copyright law of the United States (Title 17, United States Code) governs the making of photocopies or other reproductions of copyrighted material.

Under certain conditions specified in the law, libraries and archives are authorized to furnish a photocopy or other reproduction. One of these specific conditions is that the photocopy or reproduction is not to be "used for any purpose other than private study, scholarship, or research." If a user makes a request for, or later uses, a photocopy or reproduction for purposes in excess of "fair use," that user may be liable for copyright infringement.

This institution reserves the right to refuse a copying order if, in its judgment, fulfillment of the order would involve violation of copyright law.

I HAVE READ THE ABOVE POLICY AND AGREE TO THE TERMS OF THE AGREEMENT

Name: Chogne Laura

E-mail: [Données à caractère personnel]

Address: [Données à caractère personnel]

Item(s) requested: King DN. The contribution of hospital library information services to clinical care: a study in eight hospital

For my French thesis

Requested Delivery date: 08/11/2023 Other specifications: _____

Signature:  Date: 08/11/2023

NOTE: Because of the ways in which archival materials are accessioned or collected, the copyright status of many items in the University Archives is unknown, but most of the material is subject to the Copyright Law of the United States according to which copies cannot be made without permission of the copyright owner. The principal exception to this limit is "fair use" copying allowed under Section 107 for specific purposes such as criticism, comment, news reporting, teaching, scholarship, or research. Note: actual determination of whether a use in any particular case is a "fair use" is a matter for a court to decide. When the Archives has no indication that copying is other than for a fair use, users are permitted to make single photocopies of documents in lieu of notetaking. Further information about fair use can be found at: <https://copyright.columbia.edu/>.

Annexe 5 : Choix du traitement des données recueillies

Concernant les choix de répartition des effectifs obtenus et du traitement des données, à propos :

- De l'âge, nous demandions l'âge exact des participants. Nous avons réparti ces résultats en utilisant les mêmes catégories d'âges que celles proposées dans le tableau des caractéristiques socio-démographiques de la population d'ebmfrance, afin de pouvoir comparer la distribution de cette variable dans les deux groupes. Nous avons décidé de ne pas prendre en compte les données manquantes de la population source. Parmi les inscrits 2 439 personnes n'ont pas renseigné leur date de naissance ne nous permettant pas de connaître leur âge. La distribution de ces données manquantes étant probablement aléatoire parmi les différentes catégories d'âges, aucun impact sur la distribution de la variable n'est attendu.
- De l'ancienneté déclarée des MG. Nous avons utilisé une répartition arbitraire des données obtenues.
- Du nombre de semestres effectués par les internes. Nous avons fait un groupe d'internes en 1^e, 2^e et 3^e semestre inclus, et un 2nd groupe à partir et au-delà du 4^e semestre. Ce regroupement a été choisi du fait qu'au-delà du troisième semestre validé, un interne peut débiter les remplacements en médecine générale. L'hypothèse étant que ce nouveau statut puisse modifier les objectifs et les conséquences des recherches effectuées.
- De la temporalité de la recherche par rapport au moment où la situation clinique s'est présentée au participant. Deux groupes ont été faits, l'un pour les participants ayant rapporté avoir effectué la recherche avant ou pendant la consultation concernée. Le second groupe ayant effectué la recherche après la consultation.

Annexe 6 : Détails des modes d'exercice et ancienneté des MG de l'échantillon

Tableau 3 : Répartition des différents modes d'exercice et de l'ancienneté des 65 MG participant à l'étude

	n ou m(SD)	% [IC]
Caractéristiques des MG		
<u>Lieu d'exercice</u>		
Centre de santé	9	13,8
Maison de santé	20	30,8
Cabinet de groupe	28	43,1
Hôpital	4	6,2
Cabinet individuel	8	12,3
Maitre de stage	24	36,9
Enseignant-généraliste	9	13,8
Remplaçant	2	3,1
Retraité	1	1,5
<u>Ancienneté (en années)</u>	11,8 (9,7)	0 – 42
Moins de 10 ans	29	44,6 [32,5 ;56,7]
Entre 10 ans et 19 ans	19	29,2 [18,2 ;40,3]
20 ans ou plus	17	26,2 [15,5 ;36,8]

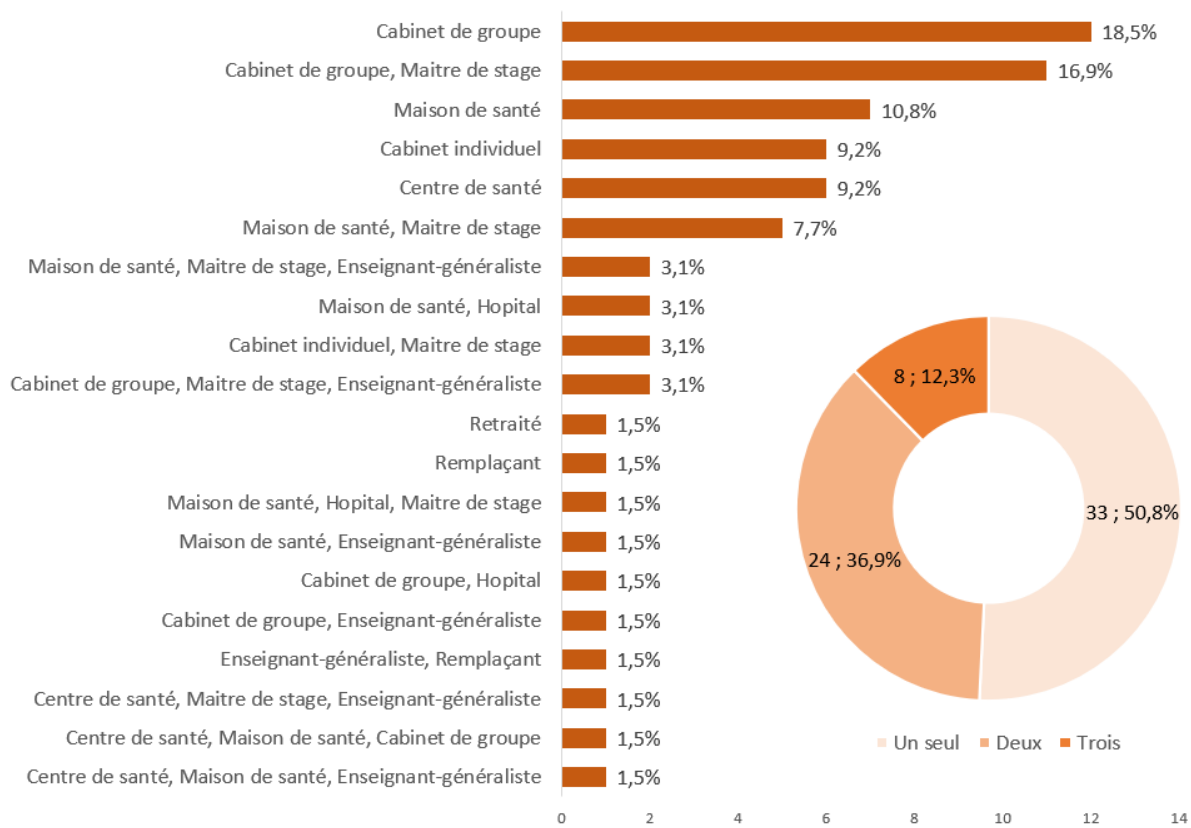


Figure 6 : Lieu précis et nombre de lieux différents d'exercice des 65 MG de l'échantillon d'étude

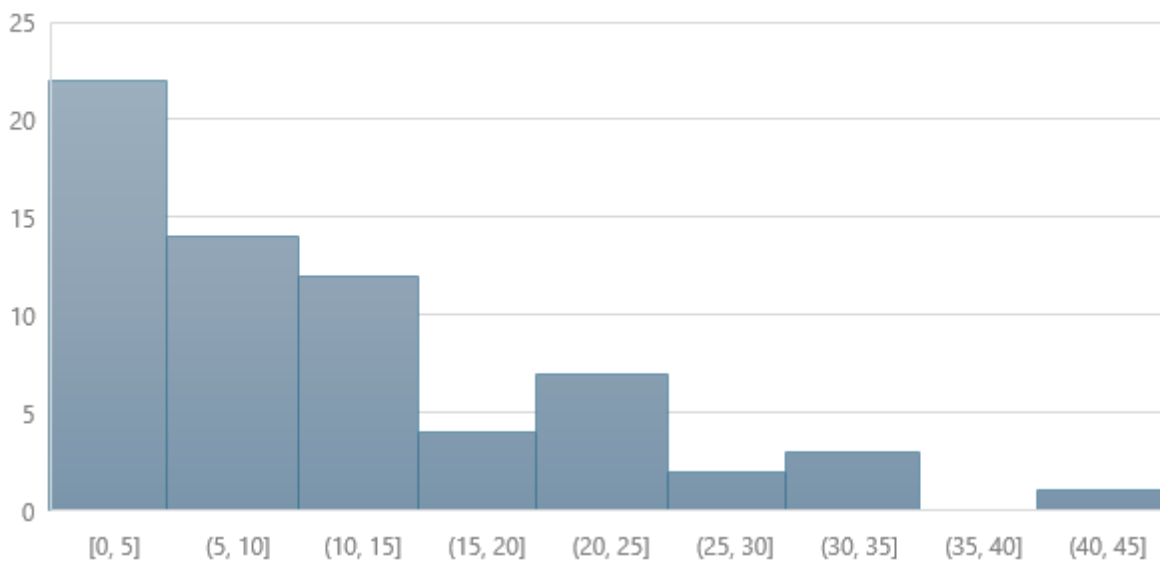


Figure 7 : Répartition de l'ancienneté des 65 MG de l'échantillon

Annexe 7 : Présentation des IMG de l'échantillon

Tableau 4 : Répartition, par semestre, des 32 IMG de l'échantillon

	n	% [IC95%]
Interne de médecine générale	32	33,0 [23,6 ;42,4]
<u>Semestre d'étude</u>		
1 ^{er} semestre	8	25,0 [10,0 ;40,0]
2 ^{ème} semestre	3	9,4 [0,0 ;19,5]
3 ^{ème} semestre	1	3,1 [0,0 ;9,2]
4 ^{ème} semestre	1	3,1[0,00 ;9,2]
5 ^{ème} semestre	9	28,1 [12,6 ;43,7]
6 ^{ème} semestre	8	25,0 [10,0 ;40,0]
7 ^{ème} semestre FST ou thèse post internat	2	6,2 [0,00 ;14,6]

Annexe 8 : Analyses en sous-groupes concernant l'objectif principal de la recherche effectuée par les participants

Tableau 5 : Association entre l'objectif de de la recherche, classé en première position, par les 65 MG de l'échantillon et leur nombre d'années d'ancienneté

	Ancienneté			p-valeur
	< 10 ans	10 – 19 ans	≥ 20 ans	
	(n = 29)	(n = 19)	(n = 17)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Objectif placé en 1^{ère} position				
Recherche de diagnostic différentiel	1 (3,5)	1 (5,3)	0 (0,0)	
Recherche étiologique	3 (10,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	
Recherche d'indication d'examens	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (11,8)	
Avoir des informations sur le traitement	7 (24,1)	5 (26,3)	1 (5,9)	
Confirmer la prise en charge	7 (24,1)	3 (15,8)	6 (35,3)	
Rafraichir des connaissances	9 (31,0)	8 (42,1)	8 (47,1)	0,486

Tableau 6 : Association entre l'objectif de la recherche, classé en première position, par les 32 IMG de l'échantillon et leur semestre d'internat

	Semestre d'internat		<i>p-valeur</i>
	Semestres 1, 2 ou 3 (n = 12)	Semestres 4, 5, 6 ou autre (n = 20)	
	n (%)	n (%)	
Objectif placé en 1^{ère} position			
Obtenir des conseils pour le patient	0 (0,0)	1 (5,0)	
Recherche étiologique	1 (8,3)	0 (0,0)	
Recherche d'indication d'examens	1 (8,3)	2 (10,0)	
Avoir des informations sur le traitement	1 (8,3)	5 (25,0)	
Confirmer la prise en charge	6 (50,0)	4 (20,0)	
Rafraichir des connaissances	3 (25,0)	8 (40,0)	0,291

Annexe 9 : Intégralité des commentaires libres des participants

Annexe 9a : « Aviez-vous d'autre(s) objectif(s) lors de cette recherche »

- « Avoir des informations sur la conduite à tenir sur une pathologie précise, ou sur la thérapeutique à proposer »
- « Recherche de photos »
- « Rechercher une conduite à tenir conformément aux données actualisées »
- « Curiosité intellectuelle »
- « Obtention de sources fiables »
- « Adresser au mieux au spécialiste (pédiatre) afin de ne pas allonger encore plus les délais de prise en charge »
- « Support structuré d'explications pour les étudiants (internes, externes) »
- « Mise à jour »
- « Recherche d'un arbre décisionnel, de réponses concrètes et faciles à trouver »
- « Rechercher la recommandation d'une société savante »
- « Ne pas méconnaître une pathologie grave »

Annexe 9b : « Quelle était la question que vous vous posiez lors de cette recherche ? »

- « Quelle prise en charge proposer pour des anomalies de la peau de la langue »
- « Critères de gravité d'un torticolis »
- « Quel traitement de fond pour des crises migraineuses fréquentes ? »
- « Diagnostics différentiels de crampe hormis idiopathique »
- « Symptômes de la maladie »
- « Quel traitement est recommandé ? »
- « Prise en charge globale et thérapeutique possible chez un patient diabétique »
- « Suite à un traumatisme testiculaire avec un examen clinique sans particularité hormis une légère sensibilité, quels étaient les arguments pour effectuer une échographie testiculaire ou un autre examen ? »
- « Quelle prise en charge dans la suspicion d'un Osgood Schlatter ? »
- « Ai-je oublié une étiologie ? »
- « Informations concernant le traitement »
- « Quelles étiologies évoquer et quel traitement proposer devant une balanite ? »
- « Quels changements thérapeutiques étaient possibles dans le cadre de dysfonction érectile »
- « Conditions de prescription d'une IRM dans les pathologies cervicales. »
- « Examens complémentaires à proposer »
- « Quelle exploration concernant un épisode isolé d'hématurie macroscopique ? »
- « Quelles sont les examens complémentaires à réaliser ? »
- « La prise en charge »
- « Prise en charge thérapeutique »
- « Quel protocole pour la prescription de Baclofène dans le sevrage alcoolique ? »
- « Facteurs alimentaires qualitatifs (additifs et autres) induisant les pathologies telles diabète, HTA, fertilité et autres »
- « Il y a-t-il des signes cutanés lors d'une mononucléose infectieuse ? »
- « Conduite à tenir face à des pathologies qui ne sont pas traitées dans la revue prescrire »
- « CAT devant une hyponatrémie (sujet qui me fait toujours paniquer) »
- « Relecture avec mon interne sur la prise en charge proposée pour l'asthme de l'enfant »
- « Refaire le point sur les traitements de l'insuffisance cardiaque chronique »
- « Rappels sur la leucémie lymphoïde chronique »
- « Bilan suspicion néphropathie à IgA »
- « CAT devant une douleur testiculaire »
- « Prise en charge jambes sans repos »
- « Diagnostic tassement vertébral : radio ou scanner ? »
- « Crise de goutte sous allopurinol »
- « Faire le point sur microalbuminurie »
- « Critère syndrome métabolique »
- « Indication traitement zona »
- « Intérêt de la beta-histine dans la maladie de Ménière »
- « Refaire le point sur l'indication de dosage du PSA »
- « Traitement et adressage dans le cadre de dilatation des bronches »

- « Prise en charge de la balanite de l'adulte »
- « Sevrage alcool et Diazepam ? »
- « Quel test demander pour frottis de suivis : cytologie ou HPV ? »
- « Quand s'inquiéter face à une hyperéosinophilie ? »
- « Traitement à proposer pour une mycose buccale »
- « Etiologie et traitement hyponatrémie »

Annexe 9c : Commentaires après échelle de Likert : « Voulez-vous ajouter un commentaire ? »

- « Dans ma stratégie de recherche, lors des consultations ou en dehors, j'utilise d'abord la revue Prescrire© (site internet ou app) puis Ebmfrance puis Doc Cismef. Et je m'arrête là où je trouve ce que je cherchais ou voulais confirmer. »
- « J'utilise quotidiennement Ebmfrance et suis très heureuse des informations données avec les sources et les comparaisons avec les collègues ou recommandations d'autres spécialités »
- « Merci pour votre travail »
- « Je recherchais des informations plus précises sur la thérapeutique pour l'asthme de l'enfant que je n'ai pas forcément trouvé (arbre décisionnel, posologies) »

Annexe 9d : Commentaires écrits au sujet de la modification des examens complémentaires :

- « Ça a confirmé mon idée initiale »
- « Le plus souvent je supprime des examens que j'avais prévu qui sont finalement non utiles au diagnostic »
- « Je n'ai pas fait l'IRM envisagée pour la pathologie cervicale les conditions n'étant pas réunies d'après EBM. »
- « uroTDM en urgence »
- « Concernant l'imagerie les indications ont bien changé en 24 ans ! »
- « ETT à demander »
- « Limitation aux imageries indiquées »
- « Ferritinémie »
- « Pas de dosage demandé »
- « Pas d'ECG avant ISRS »
- « Recherche HPV et non cytologique. Prescription + adaptée aux recommandations. »
- « Recontrôle à 1-3 mois mais en dessous du seuil d'1.5 »

Annexe 9e: Commentaires écrits au sujet de la modification des traitements médicamenteux :

- « Attente des résultats des examens complémentaires »
- « Notamment pour les médicaments dermatologiques dont les antifongiques ou les antibiotiques par exemple avec le dosage »
- « J'ai affiné ma prescription »
- « Rajout de l'IEC que le patient n'avait pas »
- « Pas de vaccins vivants atténués (VZV) » »
- « IEC »
- « Traitement par valaciclovir même après > 3j d'évolution chez plus de 60 ans »
- « J'ai renouvelé la betahistine (notion d'intérêt plutôt médiocre) mais finalement encore dans les reco »
- « Retrait des BDLA mis en 1e intention »

Annexe 9f: Commentaires écrits au sujet de la modification des traitements non médicamenteux :

- « J'ai pu préciser des conseils non médicamenteux »
- « Si j'en restais à mes études je ne ferais jamais profiter des nouvelles technologies à mes patients et ne prescrirais que des radios et des échos ! »

Annexe 9g: Commentaires écrits au sujet de la modification des conseils :

- « Meilleurs éléments pour la communication envers le patient »
- « Rappel du conseil de contention ou suspension des testicules »
- « C'est souvent difficile de savoir quels conseils donner notamment pour la prévention »
- « J'ai fourni au kinésithérapeute les informations recueillies. »
- « J'ai plus orienté ma prise en charge vers des conseils non médicamenteux »
- « Confirme le diagnostic »
- « Rappel des RHD »
- « Rappel sel, protides »

Annexe 9h: Commentaires écrits au sujet de la modification d'orientation des patients :

- « Urologue »
- « Cardiologue »
- « Pneumologue recommandé pour le début de la prise en charge »
- « Pour le bilan de débrouillage et avancer sur l'affinement du diagnostic »

Annexe 9i : « Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cette enquête ? Si vous souhaitez avoir connaissance des résultats de cette étude, n'hésitez pas à nous laisser votre adresse mail. »

- « EBM France permet d'avoir de nombreuses données centralisées au même endroit, ce qui est pratique. »
- « Il n'est pas simple de se souvenir de la dernière utilisation, surtout après une période de vacances. Risque d'approximation dans les réponses aux questions. Bon courage dans ce travail. Ce site est important. »
- « Merci à EBM d'exister et de continuer à mettre à jour les différents guides régulièrement »
- « Site très utile pour les médecins généralistes où l'on trouve beaucoup de recommandations, car il est parfois difficile en fonction des spécialités de savoir où chercher ! »
- « EBM c'est vraiment bien »
- « XXXX » *
- « XXXX » *
- « XXXX » *
- « J'utilise régulièrement EBM France depuis 3 mois environ et je trouve ce site exceptionnellement bien adapté à la pratique de la médecine générale pour des recherches en consultation »

***verbatim anonymisés**

Annexe 10 : Analyses en sous-groupes de l'évaluation de la pertinence des résultats par les participants

Tableau 7 : Association entre l'évaluation de la pertinence des informations trouvées au terme de la recherche, par les 32 IMG de l'échantillon, et leur semestre d'internat

	Semestre d'internat		<i>p-valeur</i>
	Semestres 1, 2 ou 3 (n = 12)	Semestres 4, 5, 6 ou autre (n = 20)	
	n (%)	n (%)	
Evaluation des informations trouvées			
<u>Pertinence clinique</u>			
Indifférent / non concerné	4 (33,3)	0 (0,0)	
Pas du tout d'accord	1 (8,3)	0 (0,0)	
Plutôt d'accord	3 (25,0)	10 (50,0)	
Tout à fait d'accord	4 (33,3)	10 (50,0)	0,016
<u>Répondu au besoin initial</u>			
Plutôt pas d'accord	2 (16,7)	0 (0,0)	
Plutôt d'accord	5 (41,7)	9 (45,0)	
Tout à fait d'accord	5 (41,7)	11 (55,0)	0,212
<u>Etayage de la décision</u>			
Indifférent	2 (16,7)	1 (5,0)	
Plutôt d'accord	3 (25,0)	4 (20,0)	
Tout à fait d'accord	7 (58,3)	15 (75,0)	0,623
<u>Confirmation de la décision</u>			
Indifférent	1 (8,3)	0 (0,0)	
Plutôt pas d'accord	1 (8,3)	0 (0,0)	
Plutôt d'accord	8 (66,7)	14 (70,0)	
Tout à fait d'accord	2 (16,7)	6 (30,0)	0,225
<u>Apports éléments nouveaux</u>			
Indifférent	3 (25,0)	0 (0,0)	
Plutôt pas d'accord	2 (16,7)	3 (15,0)	
Plutôt d'accord	4 (33,3)	16 (80,0)	
Tout à fait d'accord	3 (25,0)	1 (5,0)	0,012

Tableau 8 : Association entre l'évaluation de la pertinence des informations trouvées au terme de la recherche, par les 65 MG de l'échantillon, et leur ancienneté

	Ancienneté			<i>p-valeur</i>
	< 10 ans (n = 29)	10 – 19 ans (n = 19)	≥ 20 ans (n = 17)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Evaluation des informations trouvées				
<u>Pertinence clinique</u>				
Indifférent / non concerné	1 (3,4)	3 (15,8)	1 (5,9)	0,116
Plutôt pas d'accord	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (11,8)	
Plutôt d'accord	10 (34,5)	8 (42,1)	9 (52,9)	
Tout à fait d'accord	18 (62,1)	7 (36,8)	5 (29,4)	
<u>Répondu au besoin initial</u>				
Indifférent	3 (10,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	0,574
Plutôt pas d'accord	1 (3,4)	2 (10,5)	1 (5,9)	
Plutôt d'accord	12 (41,4)	9 (47,4)	11 (64,7)	
Tout à fait d'accord	13 (44,8)	6 (31,6)	5 (29,4)	
<u>Etayage de la décision</u>				
Indifférent / non concerné	2 (6,8)	3 (15,8)	1 (5,9)	0,132
Plutôt pas d'accord	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	
Plutôt d'accord	8 (27,6)	8 (42,1)	10 (58,8)	
Tout à fait d'accord	19 (65,5)	7 (36,8)	6 (35,3)	
<u>Confirmation de la décision*</u>				
Indifférent / non concerné	1 (3,6)	3 (15,8)	0 (0,0)	0,388
Plutôt pas d'accord	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	
Plutôt d'accord	24 (85,7)	14 (73,7)	15 (88,2)	
Tout à fait d'accord	3 (10,7)	1 (5,3)	2 (11,8)	
<u>Apports éléments nouveaux</u>				
Indifférent	5 (17,2)	2 (10,5)	1 (5,9)	0,492
Pas du tout / plutôt pas d'accord	5 (17,2)	3 (15,8)	4 (23,5)	
Plutôt d'accord	10 (34,5)	12 (63,2)	8 (47,1)	
Tout à fait d'accord	9 (31,0)	2 (10,5)	4 (23,5)	

*Une donnée manquante dans le sous-groupe < 10 ans d'ancienneté.

Annexe 11 : Influence des résultats de la recherche sur l'orientation du patient dans le parcours de soins

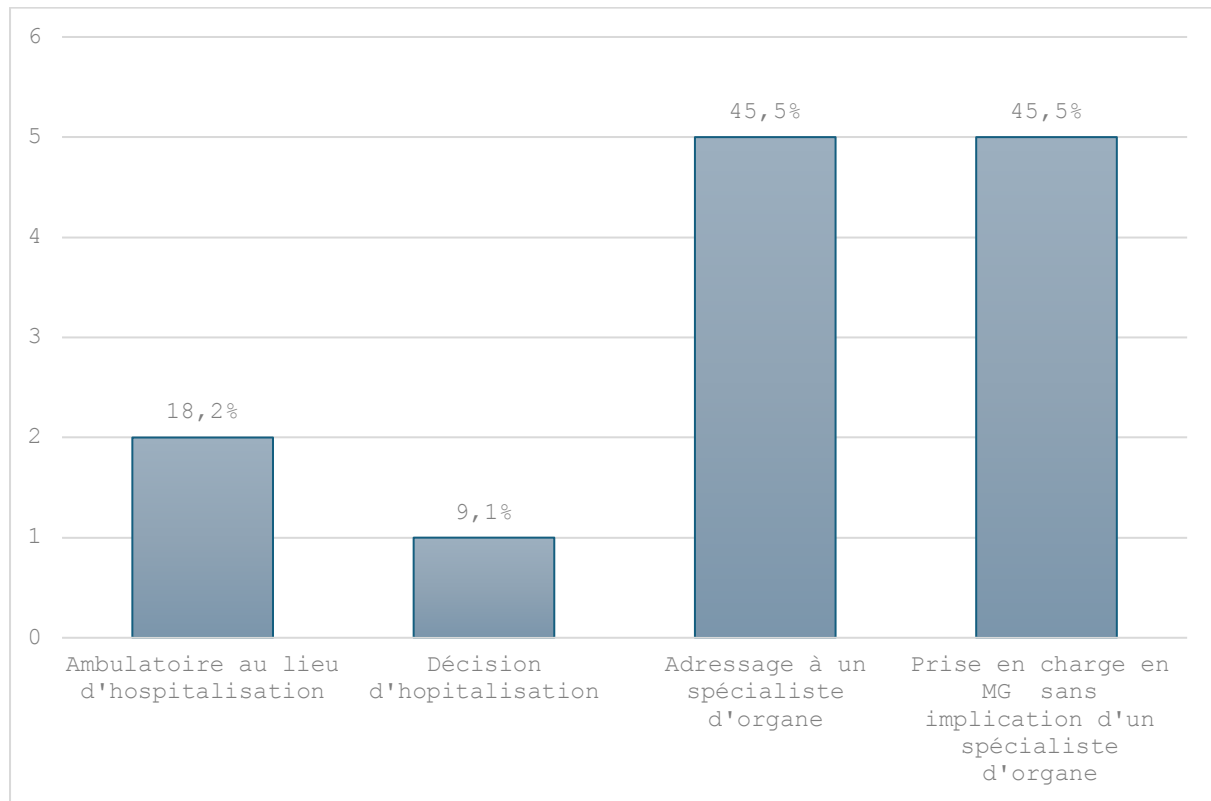


Figure 8 : Précision de la modification d'orientation des patients à la suite des résultats de recherche obtenus sur ebmfrance

Pour les deux participants ayant, à la suite des résultats de leur recherche, décidé de ne pas hospitaliser le patient, ils avaient également répondu avoir décidé de modifier l'orientation en ne l'adressant pas à un spécialiste d'organe alors qu'ils pensaient le faire. Ceci explique les 13 modifications d'orientation représentées ici pour 11 réponses positives à la modification d'orientation initialement.

Annexe 12 : Analyses en sous-groupes sur l'influence des résultats de recherche sur les soins proposés par les participants

Tableau 9 : Association entre les modifications de prise en charge proposées par les 32 IMG, suite aux résultats de la recherche effectuée, et leur semestre d'étude

	Semestre d'internat		<i>p-valeur</i>
	Semestres 1, 2 ou 3 (n = 12)	Semestres 4, 5, 6 ou autre (n = 20)	
	n (%)	n (%)	
Modifications apportées à propos :			
<u>Des conseils donnés</u>			
Oui	4 (33,3)	13 (65,0)	0,051
Non	5 (41,7)	7 (35,0)	
Ne sait pas	3 (25,0)	0 (0,0)	
<u>Du choix des examens complémentaires</u>			
Oui	7 (58,3)	13 (65,0)	0,334
Non	2 (16,7)	6 (30,0)	
Ne sait pas	3 (25,0)	1 (5,0)	
<u>Du traitement médicamenteux</u>			
Oui	2 (16,7)	9 (45,0)	0,038
Non	5 (41,7)	10 (50,0)	
Ne sait pas	5 (41,7)	1 (5,0)	
<u>Du traitement non médicamenteux</u>			
Oui	2 (16,7)	6 (30,0)	0,664
Non	8 (66,7)	12 (60,0)	
Ne sait pas	2 (16,7)	2 (10,0)	
<u>De l'orientation du patient ou de la patiente</u>			
Oui	2 (16,7)	1 (5,0)	0,193
Non	8 (66,7)	18 (90,0)	
Ne sait pas	2 (16,7)	1 (5,0)	
<u>Du diagnostic</u>			
Oui	0 (0,0)	1 (5,0)	> 0,999
Non	11 (91,7)	18 (90,0)	
Ne sait pas	1 (8,3)	1 (5,0)	

Tableau 10 : Association entre les modifications de prise en charge proposées par les 65 MG, suite aux résultats de la recherche effectuée, et leur ancienneté

	Ancienneté			p-valeur
	< 10 ans (n = 29)	10 – 19 ans (n = 19)	≥ 20 ans (n = 17)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Modifications apportées à propos :				
<u>Des conseils donnés</u>				
Oui	15 (51,7)	9 (47,4)	9 (52,9)	> 0,999
Non	12 (41,4)	8 (42,1)	7 (41,2)	
Ne sait pas	2 (6,9)	2 (10,5)	1 (5,9)	
<u>Du choix des examens complémentaires</u>				
Oui	12 (41,4)	8 (42,1)	9 (52,9)	0,907
Non	15 (51,7)	10 (52,6)	8 (47,1)	
Ne sait pas	2 (6,9)	1 (5,3)	0 (0,0)	
<u>Du traitement médicamenteux</u>				
Oui	17 (58,6)	4 (21,1)	3 (17,7)	0,011
Non	10 (34,5)	14 (73,7)	13 (76,5)	
Ne sait pas	2 (6,9)	1 (5,3)	1 (5,9)	
<u>Du traitement non médicamenteux</u>				
Oui	8 (27,6)	3 (15,8)	2 (11,8)	0,619
Non	19 (65,5)	14 (73,7)	12 (70,6)	
Ne sait pas	2 (6,9)	2 (10,5)	3 (17,6)	
<u>De l'orientation du patient ou de la patiente</u>				
Oui	6 (20,7)	0 (0,0)	2 (11,8)	0,199
Non	21 (72,4)	16 (84,2)	12 (70,6)	
Ne sait pas	2 (6,9)	3 (15,8)	3 (17,6)	
<u>Du diagnostic</u>				
Oui	2 (6,9)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,880
Non	24 (82,8)	17 (89,5)	15 (88,2)	
Ne sait pas	3 (10,3)	1 (5,3)	2 (11,8)	

Tableau 11 : Association entre les modifications de prise en charge proposées par les 97 participants et le moment où la recherche a été effectuée par rapport au moment où la situation concernée s'est présentée

	Avant ou pendant la consultation (n = 66) n (%)	Après la consultation (n = 31) n (%)	<i>p-valeur</i>
Modifications apportées à propos :			
<u>Des conseils donnés</u>			
Oui	35 (53,0)	15 (48,4)	
Non	26 (39,4)	13 (41,9)	
Ne sait pas	5 (7,6)	3 (9,7)	0,848
<u>Du choix des examens complémentaires</u>			
Oui	34 (51,5)	15 (48,4)	
Non	28 (42,4)	13 (41,9)	
Ne sait pas	4 (6,1)	3 (9,7)	0,838
<u>Du traitement médicamenteux</u>			
Oui	29 (43,9)	6 (19,4)	
Non	31 (47,0)	21 (67,7)	
Ne sait pas	6 (9,1)	4 (12,9)	0,067
<u>Du traitement non médicamenteux</u>			
Oui	12 (18,2)	9 (29,0)	
Non	45 (68,2)	20 (64,5)	
Ne sait pas	9 (13,6)	2 (6,5)	0,376
<u>De l'orientation du patient ou de la patiente</u>			
Oui	6 (9,1)	5 (16,1)	
Non	55 (83,3)	20 (64,5)	
Ne sait pas	5 (7,6)	6 (19,4)	0,101
<u>Du diagnostic</u>			
Oui	2 (3,0)	2 (6,5)	
Non	60 (90,9)	25 (80,6)	
Ne sait pas	4 (6,1)	4 (12,9)	0,301

Annexe 13 : Analyses en sous-groupes de l'utilité et des conséquences globales de la recherche sur la proposition de soins

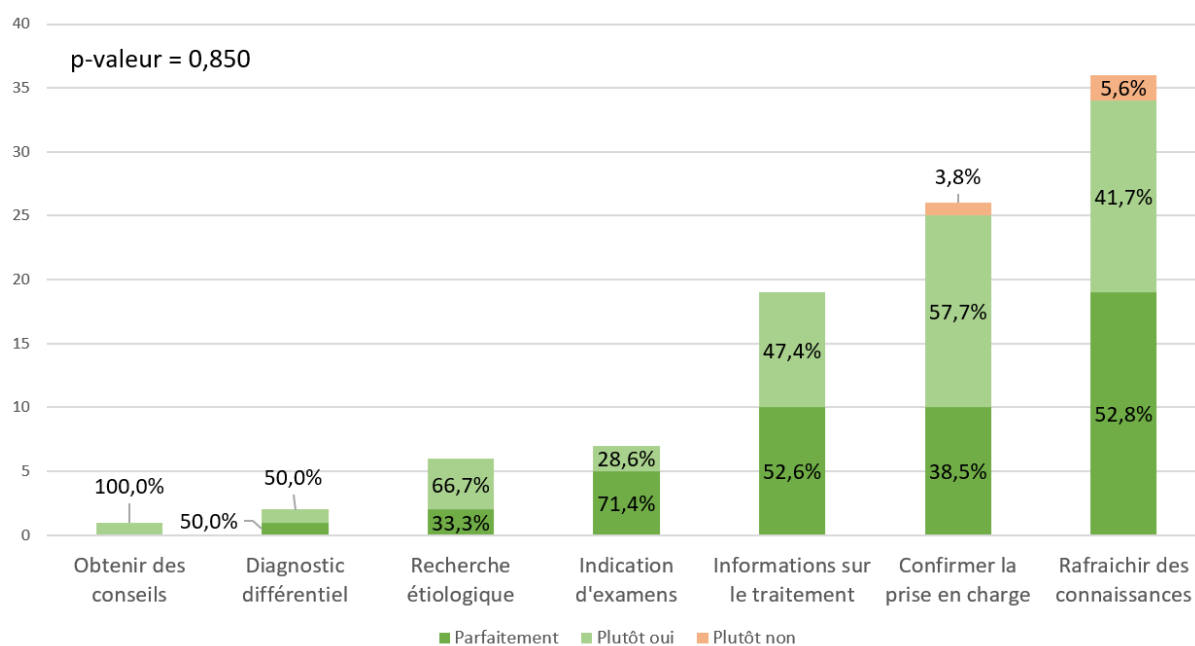


Figure 9 : Évaluation de l'utilité de leur recherche, selon les 97 participants, en fonction de leur objectif principal initial de recherche

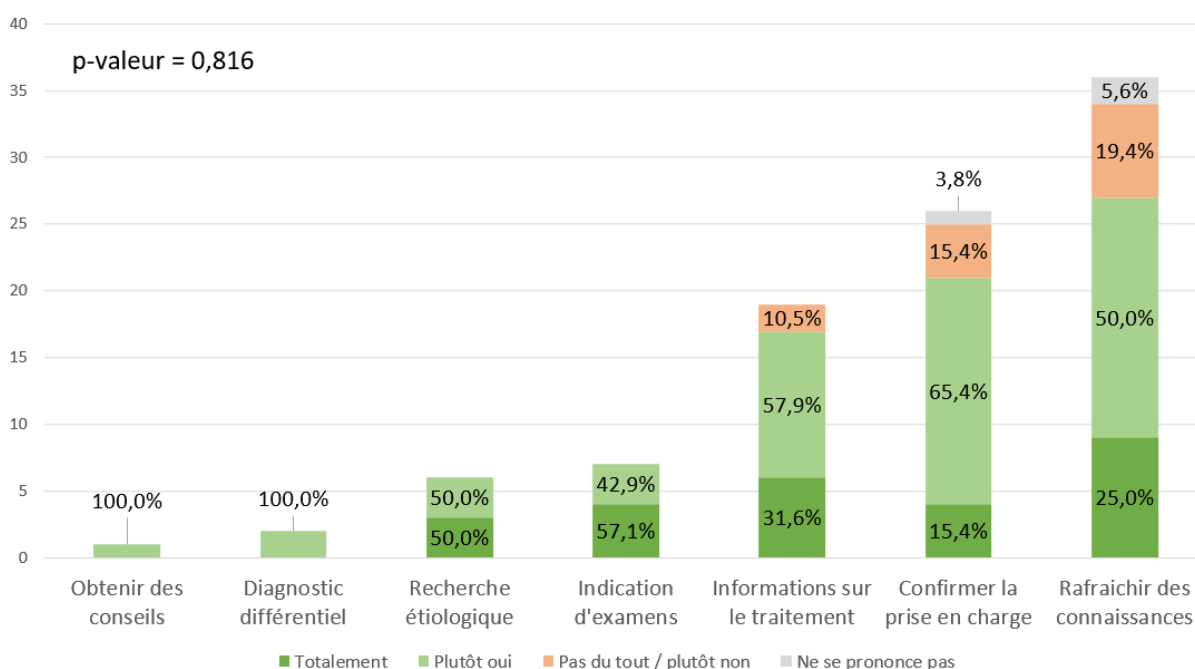


Figure 10 : Évaluation des conséquences globales de leur recherche sur leurs décisions, selon les 97 participants, en fonction de leur objectif principal de recherche

Tableau 12 : Évaluation des conséquences globales et de l'utilité de la recherche, selon les 97 participants, en fonction du moment où la recherche a été effectuée par rapport à la consultation concernée

	Avant ou pendant la consultation (n = 66) n (%)	Après la consultation (n = 31) n (%)	p-valeur
A eu des conséquences sur la prise en charge			
Totalement	17 (25,8)	9 (29,0)	
Plutôt oui	41 (62,1)	14 (45,2)	
Plutôt non ou pas du tout	6 (9,1)	7 (22,6)	
Ne se prononce pas	2 (3,0)	1 (3,2)	0,209
A trouvé des éléments utiles			
Parfaitement	31 (47,0)	16 (51,6)	
Plutôt oui	34 (51,5)	13 (41,9)	
Plutôt non	1 (1,5)	2 (6,5)	0,280

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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.

”