

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Par

CORPEL Stéphanie
Née le 17 juillet 1982 à Orléans (45)

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2013

**ENQUETE AUPRES D'UN ECHANTILLON DE MEDECINS
GENERALISTES DU LOIRET SUR LEURS UTILISATIONS
ET LEURS ATTENTES DES OUTILS D'AIDE A LA DECISION
MEDICALE PENDANT LA CONSULTATION**
Enquête qualitative à partir de 12 entretiens semi-dirigés

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Eric DRAHI

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
MM.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

A maman,

Merci de m'avoir soutenue et supportée depuis toujours,
J'en suis arrivée là grâce à toi.

A mes sœurs, Florence et Agnès,

Fidèles, consciencieuses et tatillonnes correctrices,
Merci pour tout et désolée du calvaire !

A mon frère Xavier, à ma famille,

Malgré les kilomètres, les liens restent intacts,
Merci de votre amour !

A mes amis,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble,
Cela m'apporte beaucoup.

Aux nombreux correcteurs du Collège Louis Pasteur,

Un énorme remerciement pour le temps accordé, votre aide précieuse et vos
encouragements !

Aux présents et aux absents

Malgré le temps je ne vous oublie pas.

A Eric Drahi,

Merci de m'avoir encouragée et guidée dans ce travail.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Chantepie,

A Monsieur le Professeur Rusch,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Aux douze médecins rencontrés lors de ces entretiens,

Merci de votre chaleureuse collaboration, quelle aventure !

A mon père,

SOMMAIRE

1.INTRODUCTION	14
1.1 Approche et découverte des outils d'aide à la décision (OAD)	15
1.2 Que sont les OAD ?	15
1. Définition	15
2. Catégories	17
1.3 La décision médicale	17
1.4 La littérature et les OAD	18
1. Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM)	18
2. Les alarmes	20
3. La place des instances officielles	21
4. Les critères déterminant un SADM de qualité	21
1.5 Recueil des OAD existant	22
1.6 Hypothèse et question de recherche	23
2. MATERIEL ET METHODE	24
2.1 Caractéristiques de l'étude	25
1. Objectif de l'étude	25
2. Type d'étude	25
3. Intérêt de la méthode qualitative	25
2.2 Choix du type d'entretien	25
2.3 Echantillon étudié	26
1. Critères d'inclusion	26
2. Critères d'exclusion	27
3. Choix des médecins	27
2.4 L'entretien semi-dirigé	27
1. Elaboration de la trame d'entretien	27
2. Grands axes de la trame d'entretien	28
3. Méthode de l'entretien semi-dirigé	28
a) Contexte de l'entretien semi-dirigé	28
b) Techniques de l'entretien semi-dirigé	29
2.5 Exploitation des résultats de l'enquête	29
3.RESULTATS	31
3.1 Caractéristiques des médecins interviewés	32
1. Age et sexe	32
2. Année de thèse et d'installation	32
3. Type d'activité médicale	32
4. Spécificités d'exercice	33
3.2 Les différentes sources de formation et d'information	34
1. La formation médicale continue	34
2. Les autres sources	35

a) La presse médicale	36
b) Internet	37
c) Les laboratoires pharmaceutiques	37
d) Les livres médicaux	37
3.3 Les critères influençant le choix de la formation et de l'information	38
1. L'intérêt pour la pratique quotidienne	38
2. L'accessibilité géographique	38
3. Le temps	39
4. La validité de l'information	39
5. La forme proposée	39
3.4 L'informatisation	40
3.5 La notion d'outil d'aide à la décision	40
1. Définition	40
a) Une notion un peu obscure	40
b) La référence scientifique	40
c) La référence informatique	40
d) Les recommandations	41
e) Les échelles, fiches, outils pratiques	41
f) Une justification de la prise de décision	41
g) Une traçabilité de la décision	41
2. Recueil des outils utilisés	41
a) Papier	41
b) Informatique	42
c) Autres	44
3. Les outils mis de côté	45
a) Par méconnaissance de l'outil informatique	45
b) Par désintérêt pour l'outil en tant que tel	45
c) Par manque de pratique	45
d) Par manque de temps	45
e) Par paresse intellectuelle	45
f) Par manque d'habitude	45
3.6 Le mode de découverte des OAD	45
1. Les collègues, le bouche à oreilles	46
2. La formation médicale continue	46
3. Les études	46
a) La formation médicale initiale	46
b) Les stages ambulatoires chez les médecins généralistes	46
4. Les revues médicales	46
a) La lecture de revues	46
b) L'incitation des revues à l'utilisation de leurs outils	47
5. La recherche personnelle	47

6. Le hasard	47
7. La CPAM	47
8. La création de ses propres outils	47
9. L'informatisation	47
10. Un portail informatique d'OAD	48
3.7 Les freins à l'utilisation des OAD	48
1. La méconnaissance des sites ressources	48
2. Le manque de temps en consultation	48
3. Le défaut de validité et de confiance dans l'information délivrée	49
4. Aucun frein	49
5. Le manque de maîtrise de l'outil	49
6. L'ignorance des OAD	50
7. L'oubli	50
8. La complexité de l'outil	50
9. La sensation d'inaptitude	50
10. L'isolement des médecins	50
11. L'état actuel des connaissances	51
12. La langue (anglophobie)	51
13. Les OAD utiles seulement aux jeunes médecins ?	51
14. La perte de la maîtrise de la décision médicale	51
15. La peur de simplifier la médecine	52
3.8 Les motivations à l'utilisation des OAD	52
1. L'amélioration des pratiques	52
a) L' « <i>Evidence Based Medecine</i> » (EBM)	52
b) La réponse aux questionnements des praticiens	53
c) La validation de la prescription	53
d) Une aide au diagnostic	53
e) Une aide sémiologique	53
f) L'amélioration du suivi par les alarmes	53
g) Vers une pratique réflexive	54
2. Une prise de décision	54
a) Validée	54
b) Sécurisée	54
c) Justifiée	54
d) Partagée	54
e) Vers la traçabilité de la prise de décision	54
3. L'ergonomie du travail	55
a) Le gain de temps	55
b) L'amélioration de l'organisation du travail	55
c) L'intérêt pour sa pratique	55
d) Les conflits d'intérêts	55

4. La médecine de demain ?	55
3.9 Les limites des OAD	55
1. L'aspect	55
a) La praticité d'utilisation	55
b) La rapidité	56
c) La forme	56
2. L'adaptabilité aux pratiques	56
3. La validation des outils	56
4. La connaissance des OAD	56
a) Où les trouver ?	56
b) Comment les utiliser ?	56
5. Des outils trop généralistes	57
6. Ou au contraire trop partiels	57
7. Le manque d'adéquation avec la pratique	57
8. La simplification de l'activité	57
9. La performance des logiciels médicaux	57
10. Les OAD ne remplaceront jamais les médecins	57
3.10 Les critères d'un outil idéal	58
1. La gratuité	58
a) Un élément négligeable	58
b) Mais pas pour tous	58
2. La fonctionnalité de l'outil	59
a) La facilité d'utilisation	59
b) La rapidité d'utilisation	59
c) L'aspect	59
3. Les modalités d'élaboration	60
a) La validité de l'information	60
b) La datation de l'information, les mises à jour	60
4. L'amélioration des pratiques	61
a) Le suivi	61
b) L'apport de nouvelles connaissances	61
c) Le perfectionnement de l'examen clinique	61
d) La décision partagée avec le patient	61
5. La centralisation des informations	61
6. L'aspect médico-légal	61
7. La notoriété de l'outil	62
8. La multiplicité des OAD	62
9. Un OAD parfait... une utopie ?	62
10. Vers une base de données	62
4. DISCUSSION	63

4.1 Les limites méthodologiques	64
1. Le choix de la recherche qualitative	64
2. Le choix des entretiens semi-dirigé	65
3. La critique de l'échantillon	67
4. La critique du lieu des entretiens	68
5. La critique de la trame d'entretien	68
6. La critique de la méthode d'enregistrement et de retranscription des entretiens ..	69
7. La critique de l'analyse du contenu	69
8. La reformulation de l'hypothèse de recherche	70
4.2 Une lacune dans la formation médicale	71
1. Initiale	71
2. Continue	71
4.3 Se construire un développement professionnel continu (DPC)	73
1. Qu'est-ce que le DPC ?	73
2. Comment se créer un portfolio ?	75
3. Où et comment stocker une information de qualité ?	76
a) Sous forme papier	76
b) Sous forme virtuelle	77
4.4 Qu'est-ce qu'une information de qualité ?	79
1. Les critères de l'information médicale scientifique	79
2. Les méthodes d'élaboration des recommandations	81
3. Les méthodes d'élaboration des OAD	86
4. Comment avoir confiance dans une information donnée ?	87
5. Où trouver une information de qualité ?	88
4.5 Qu'est-ce qu'un OAD de qualité ?	89
4.6 Les autres OAD peu ou pas évoqués au cours des entretiens	92
1. Les outils tournés vers le patient	92
2. Les sites internet commerciaux	93
3. Les OAD développés par les professionnels de santé	94
4. Les instances officielles	94
4.7 L'utilisation en pratique des OAD	96
 5.CONCLUSION	 98
 6. BIBLIOGRAPHIE	 101
 7. ANNEXES	 106
 8. ABREVIATIONS	 160

1.INTRODUCTION

1.1°) Approche et découverte des outils d'aide à la décision (OAD)

J'ai découvert la notion d'outil d'aide à la décision médicale au cours de mon premier stage ambulatoire en médecine générale en 2009.

J'en utilisais régulièrement depuis mes études de premier et second cycle mais sans réellement m'en rendre compte ni en connaître le concept.

Mon stage était partagé entre un médecin généraliste qui en utilisait très fréquemment dans sa pratique et un autre médecin qui n'en utilisait pas ou très peu. Je pouvais comparer leurs deux pratiques ainsi que la mienne tout au long de ces six mois de stage, et il s'avérait que mon travail et mes consultations me semblaient grandement facilités lorsque je pouvais avoir recours aux outils d'aide à la décision. Je trouvais les entretiens avec les patients plus fluides et mes prises de décision se faisaient dans un climat de plus grande confiance et de sécurité que lorsque que je m'appuyais uniquement sur les compétences acquises au cours de mon cursus.

J'ai donc pris l'habitude d'en utiliser certains au cours de mes consultations ou en dehors afin de me former et de m'informer.

Lorsque j'abordais ce sujet avec mes collègues médecins, remplaçants et installés, la plupart semblaient intéressés sans pour autant qu'une majorité ne semble en utiliser. Les principales questions soulevées étant où les trouver, comment les utiliser et à quoi ils servent. C'est pour cela que j'ai décidé d'entreprendre une thèse sur les OAD.

Il m'a semblé pertinent dans un premier temps, de tenter de définir le concept d'outil d'aide à la décision, et de réaliser une recherche bibliographique afin de déterminer l'état des lieux de la littérature sur le sujet. Puis, dans un second temps, de réaliser plusieurs enquêtes auprès des structures françaises et francophones de médecine générale afin de lister les différents outils d'aide à la décision existants et développés par celles-ci.

1.2°) Que sont les OAD ?

1. Définition

Il ne semble pas exister de définition internationale ni même française du concept d'outil d'aide à la décision.

Les premières définitions retrouvées sont anglophones, principalement américaines, les Etats-Unis ayant travaillé sur ce concept depuis les années 70.

Le terme d'OAD est d'ailleurs assez peu utilisé dans la littérature, les articles se référant préférentiellement aux systèmes d'aide à la décision ou encore aux logiciels d'aide à la décision.

Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles, les informations dé-

crivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées, afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients » (1).

Cette définition du Dr Robert Hayward limite les outils à leur seule utilisation informatique. Dans un pays comme la France, d'après une étude datant de 2007, environ 89 % des médecins généralistes ont un ordinateur dans leur cabinet (2). Néanmoins, la totalité de ces médecins n'utilise pas toujours de dossier médical informatisé mais a tout de même recours aux OAD. En effet, ces outils peuvent se présenter sous d'autres formes que les outils informatiques (documents officiels, recommandations, livres, pense-bêtes, articles de revues...), ce que n'englobe pas cette définition officielle.

Selon le MeSH (dictionnaire des mots clés de la *National Library of Medicine*), on ne trouve de définition que pour les « techniques d'aide à la décision qui sont des procédures mathématiques ou statistiques utilisées en tant qu'aide dans la prise de décision ». Il n'existe donc aucune définition générale pour les OAD autres qu'informatiques.

Ceci s'explique peut-être par le fait que les premiers systèmes d'aide à la décision se sont développés principalement sur des modèles mathématiques et probabilistes. Ces premiers systèmes experts, semblant intéressants sur le papier d'un point de vue théorique, ont en réalité été peu utilisés en pratique, puisqu'ils ne prenaient pas en compte certaines variables contextuelles partie prenante de la décision. Ils étaient conçus indépendamment de tout logiciel informatique, comme des entités à part entière, ce qui laissait supposer que la prise de décision pouvait s'envisager en dehors de tout cadre ou milieu. On n'intégrait pas la donnée « patient », ni la variable environnementale dans ces logiciels.

Ces premiers outils d'aide au diagnostic ou d'aide à la prescription restent cependant des OAD mais ils n'en représentent qu'une partie.

Une autre catégorie des OAD renferme les alarmes ou « *reminders* » définis par le MeSH comme « des systèmes utilisés pour inciter ou faciliter la mémoire. Ces systèmes peuvent être des rappels automatisés, des appels téléphoniques, des codes couleur, ou des dispositifs tels que des lettres ou des cartes postales ».

Fréquemment utilisés par les médecins dans leur pratique sous forme papier ou informatisée pour se rappeler les vaccinations, examens de prévention (frottis, dépistage colorectal) ou les allergies de leurs patients, peu de professionnels de santé les intègrent comme des OAD à part entière.

2. Catégories

Des approches très diverses ont par la suite été créées comme les systèmes d'information en temps réel, les systèmes consultants pour le diagnostic et la thérapeutique, les guides de bonne pratique intégrés au dossier médical. Ces outils ne sont plus seulement

basés sur une approche purement technologique ou probabiliste de la décision, mais ils s'intègrent dans une réflexion plus globale du sujet, en tenant compte à la fois des attentes du patient, de ses antécédents, de son cadre de vie, de ses choix personnels, de ses préférences mais également des attentes du médecin.

Ces différents outils peuvent se distinguer en quatre grandes catégories :

- les outils basés sur la recherche en médecine générale : utilisés plutôt en amont de la consultation,
- les outils de publication et les bases documentaires,
- les outils d'aide à la décision utilisables pendant la consultation (seul ce thème sera développé au cours de ma thèse) ou au décours (comme les groupes d'échanges de pratique, les auto-questionnaires),
- enfin les outils de la décision partagée avec le patient (communication, éducation).

1.3°) La décision médicale

La décision est un choix entre différentes possibilités, elle précède l'action dont elle est la représentation mentale anticipée.

La décision médicale est donc un choix réalisé entre un médecin et un patient à un moment donné, pour un ou plusieurs problèmes définis, dans un environnement précis.

Tous ces éléments qui interviennent dans la décision médicale nécessitent différentes étapes préalables :

- formuler clairement le problème à résoudre pour chaque malade donné,
- définir le contexte dans lequel le patient évolue,
- faire appel à une documentation (en recherchant les articles pertinents dans la littérature scientifique : données actuelles de la Science), ou une compétence acquise,
- évaluer l'utilité et la validité des données actuelles de la Science sur le plan pratique,
- en déduire la conduite à tenir pour ce patient donné dans cet environnement précis.

C'est l'ensemble de ces éléments qui définit l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Il s'agit, pour assurer la prise en charge d'un malade donné, de prendre en compte ce que dit la littérature ou la Science dans un cas comparable, de synthétiser les connaissances trouvées et de les appliquer au cas particulier de ce patient.

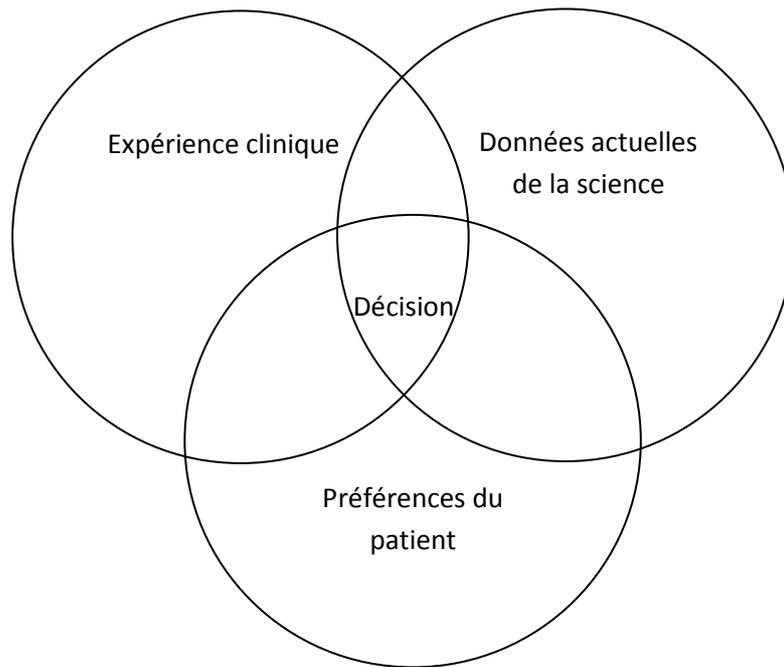


Figure 1 : Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson . Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2. Haynes B & al. *EBMJ* 2002;7,2:36-8

Le rôle des OAD dans la décision médicale est de diminuer la prise de risque, mais aussi l'incertitude inhérente au choix de la décision et au final de réduire le risque de commettre une erreur médicale.

1.4°) La littérature et les OAD

La recherche a été faite en anglais sous les termes « reminder », « decision making system », « decision making support », « general practice », « general practitioner », « family physician », « family medicine » et en français sous les termes « système d'aide à la décision », « outil d'aide à la décision », « médecine générale », « médecins généralistes » sur PubMed et Google Scholar.

1. Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM)

L'étude de Garg (3), propose une revue systématique des SADM sur les performances des praticiens et les résultats escomptés sur les patients. Cette étude regroupe une centaine de travaux de recherche et permet de démontrer que :

- sur les 21 essais traitant des rappels ou « reminders », 76% (soit 16 études) amélioreraient la performance des médecins (calendrier vaccinal, dépistage),
- 2/3 des essais montraient une amélioration dans le diagnostic, la gestion des maladies (amélioration des chiffres tensionnels ou de cholestérol), ainsi qu'une amé-

lioration dans la prescription (conformités aux recommandations) et dans le dosage des médicaments,

- cependant, les résultats escomptés sur les patients restent encore peu développés avec une puissance statistique trop faible,
- de plus, un des déterminants nécessaires à la réussite des SADM est l'intégration automatique du système à la pratique du médecin, sans que ce dernier soit obligé de faire une manipulation pour y recourir.

L'étude de Pearson (4) propose également une revue systématique de la littérature de 1990 à 2007 sur le changement des prescriptions sous l'influence d'un SADM. Cette méta-analyse inclut 56 études portant principalement sur les problèmes cardio-vasculaires et démontre :

- dans 52 % des cas, une amélioration des prescriptions avec l'utilisation d'un SADM,
- pour 92% des études, au moins une amélioration dans le choix des traitements,
- un impact clinique mais aussi économique des SADM, notamment en proposant des durées de traitement plus courtes,
- un meilleur fonctionnement des SADM dans un environnement hospitalier, plutôt qu'en ambulatoire avec de nouveau une meilleure efficacité lorsque l'utilisateur n'a pas à initier son emploi,
- néanmoins, des résultats limités avec des impacts pour l'instant assez faibles sur les pratiques médicales avec des améliorations encore très modérées.

L'étude de Kawamoto (5) est une méta-analyse cherchant également à démontrer une amélioration de la pratique clinique par l'utilisation de SADM. Ainsi, 68% des études montrent une amélioration des pratiques grâce à leur emploi.

Elle présente ceci d'original qu'elle met en évidence quatre critères prédictifs indépendants, déterminant une amélioration des pratiques :

- l'intégration automatique du SADM dans le processus de travail du médecin,
- l'utilisation de recommandations plutôt que des estimations,
- l'utilisation en moment et lieu de la décision,
- des systèmes informatiques, plutôt que sous une autre forme comme papier.

L'étude de Holbrook (6) porte sur l'utilisation d'un SADM partagé par le médecin et le patient diabétique de type 2. Le patient avait des rappels réguliers de consultations, bilans biologiques, prise de traitements. Le SADM a montré une différence significative entre le groupe intervention et le groupe témoin pour une baisse de la PA et de l'hémoglobine glyquée. Pour autant, les sujets n'atteignaient toujours pas les objectifs tensionnels ou biologiques établis. De plus ces diminutions restent toujours très limitées.

L'étude de Chaundry (7) de 2006 montre 3 bénéfices majeurs dans la qualité des pratiques par l'utilisation de SADM : améliorer l'adhésion aux recommandations « *guidelines* », augmenter la surveillance et l'adaptation des traitements de patients, et enfin diminuer les erreurs de prescription.

Le principal domaine d'amélioration noté dans cette étude était la prévention.

Plusieurs articles ou méta-analyses démontrent une amélioration des pratiques médicales (cliniques, diagnostiques, thérapeutiques) avec l'utilisation de SADM (26, 33, 34). Cependant, ces améliorations restent très limitées tant sur les différences estimées que sur les échantillons étudiés et leur efficacité prolongée dans le temps n'est pas encore démontrée. D'autre part, ces améliorations sont uniquement quantitatives (objectifs tensionnels, rappel d'examen de prévention) et non qualitatives (ressenti du patient, amélioration de la qualité de vie).

Un autre effet positif de ces SADM est la remise en question régulière des pratiques des médecins et de leurs connaissances. Ces OAD les obligent à se remettre en question et à travailler de façon moins routinière.

2. Les alarmes

La revue systématique de Shojania (8) porte sur 28 essais contrôlés évaluant l'impact sur le comportement des cliniciens de SADM utilisant des rappels automatiques. Elle constate une valeur médiane d'amélioration de l'adhésion aux recommandations de 4,2%.

L'étude de Schedlbauer (9) de 2009 montre dans 85% des cas une amélioration de prescription et/ou une diminution du taux d'erreurs de prescription par l'utilisation des alarmes. Néanmoins, l'impact semble varier selon le type d'alarme et les études portent encore sur des échantillons de petite taille. De plus, aucune étude ne définit les caractéristiques susceptibles d'améliorer la qualité des alarmes.

La revue de Damiani (10) quant à elle, montre une amélioration significative de la conformité aux recommandations par l'utilisation des SADM, une diminution du temps de prescription mais également un fort taux d'alarme ignorée, les principales raisons étant l'absence de pertinence de ces « *reminders* » d'après les médecins.

Ainsi, comme les SADM, les alarmes, autre catégorie d'OAD, semblent améliorer les pratiques des médecins utilisateurs (11). Seulement, la puissance de ces études est encore modeste et l'amplitude moyenne de l'amélioration des pratiques reste relativement discrète, comme en témoigne une revue systématique récente de Shojania sur l'impact des

rappels automatiques. Celui-ci est de 5 à 10% dans environ un tiers des 28 études analysées et supérieur à 10% dans seulement un quart d'entre elles.

3. La place des instances officielles

La Haute Autorité de Santé a commandité auprès de la CEGEDIM-ACTIV, une étude des systèmes d'aide à la décision médicale (12) dont les objectifs sont :

- d'analyser la place actuelle des SADM dans la prise de décision médicale, tant en France que dans les principaux pays anglo-saxons,
- d'identifier les principaux leviers susceptibles de promouvoir ces outils et leur intégration dans les usages courants afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations de pratique clinique.

La mission d'étude a été réalisée entre mai 2009 et juin 2010. Les actions proposées à la fin de cette étude ont pour objectif de favoriser l'adoption et la diffusion des SADM et sont organisées selon quatre axes :

- adopter et mettre en œuvre les standards nécessaires à la production, au partage, à la réutilisation des connaissances et au développement des SADM,
- mettre en place les services et les outils nécessaires à la production collaborative, à la gestion et à la diffusion des bases de connaissances,
- mettre en œuvre des projets pilotes pour guider et faciliter le développement et la diffusion de SADM adaptés aux besoins des cliniciens et du système de santé,
- étudier et mettre en œuvre des mesures incitatives pour l'adoption et la diffusion des systèmes d'aide à la décision médicale.

Nous sommes actuellement en 2013 et ces mesures ne sont à l'heure actuelle toujours pas appliquées.

4. Les critères déterminant un SADM de qualité

Dans environ deux tiers des études rapportées dans la littérature, l'utilisation des SADM entraîne une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, une conformité des prescriptions aux recommandations (66/100 études de la revue de Garg publiée en 2005), une réduction du risque relatif d'erreurs de prescription (8/10 études de la revue d'Ammenwerth (13) publiée en 2008) ainsi qu'une réduction de plus de moitié du risque relatif d'effets indésirables potentiels (toujours selon la revue d'Ammenwerth).

Les SADM améliorent apparemment les pratiques médicales, mais comment définir un SADM ou un OAD de qualité ?

Un éditorial du *BMJ* de 2005 (14) définit les critères déterminant un SADM compétent :

- il reprend les quatre critères déjà proposés par Kawamoto et repris également dans d'autres études, à savoir : l'intégration automatique du SADM dans le processus de travail du médecin, l'utilisation de recommandations plutôt que des estimations, l'emploi pendant la prise de décision, l'utilisation de systèmes préférentiellement informatiques,
- et les complète par les critères suivants :
 - des mises à jour très régulières des SADM, en adéquation avec l'avancée de la science,
 - l'intégration de sources d'informations variées,
 - et enfin l'adaptabilité et la flexibilité d'adéquation des SADM aux pratiques très diverses des utilisateurs (médecins ou patients).

Diverses études démontrent une amélioration certes modeste et limitée, mais significative des pratiques par l'utilisation des SADM. Cependant, la recherche se fait surtout dans les milieux hospitaliers et étudie des objectifs purement médicaux (diminution d'erreurs de prescription, atteinte d'objectifs chiffrés, adhésion aux recommandations...).

Encore trop peu d'études s'attachent par exemple à rechercher une diminution du coût des pratiques par l'utilisation des OAD et aucune n'énonce l'utilisation des OAD dans la décision partagée avec le patient et son entourage (communication, éducation thérapeutique ou diagnostique).

1.5°) Recueil des OAD existants

Afin de découvrir, recueillir et répertorier un maximum d'outils d'aide à la décision, il a fallu réaliser en préparation de ma thèse deux enquêtes, la première auprès des structures de médecine générale organisatrices du congrès de Nice en 2010 et la seconde auprès des structures francophones de médecine générale en 2011.

Il s'agissait d'un questionnaire informatisé envoyé auprès des différentes structures françaises et francophones participant au congrès de Nice au cours de ces deux années (2010 et 2011).

Les principaux items du questionnaire étaient :

- la catégorisation de l'outil (recherche, publication-documentation, aide au diagnostic, décision partagée),
- les objectifs de l'outil,
- les points faibles et forts de l'outil,
- le mode d'emploi de l'outil,
- la méthode d'élaboration de l'outil,
- le nombre d'utilisateurs,

- la validation ou l'évaluation par une autorité compétente,
- son coût pour l'utilisateur,
- et enfin sa date de création.

Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré dont les résultats aux questions se traduisaient directement sous la forme d'un tableau.

Ces deux enquêtes m'ont permis de découvrir et ainsi de lister 23 outils français et 9 outils francophones développés et utilisés par ces structures, ou créés par des médecins de façon isolée.

Les synthèses de ces deux enquêtes ont été présentées au Congrès de Nice de médecine générale. Pour la première, la présentation des résultats s'est faite dans le cadre d'une table ronde pluri-structures en juin 2010 (ANNEXE 1, ANNEXE 2). Quant à la seconde, c'était au cours d'une communication orale en juin 2011 (ANNEXE 3, ANNEXE 4).

Ces investigations m'ont permis d'établir une amorce de base de données non exhaustive des différents outils existants en médecine générale (ANNEXE 2, ANNEXE 4).

Suite à l'enquête de 2010, j'ai également rédigé et publié un article dans la revue *Médecine* qui faisait la synthèse de ce travail (ANNEXE 5).

1 .6°) Hypothèse et question de recherche

L'ensemble de ces éléments m'a donc permis de définir :

- une hypothèse de recherche : les médecins généralistes utilisent des outils d'aide à la décision médicale et perçoivent une facilitation de leur pratique et une amélioration de leur qualité de soin par leur utilisation,
- une question de recherche : quelles sont les attentes des médecins généralistes du Loiret concernant leur utilisation des outils d'aide à la décision en consultation ?

Il m'a ainsi semblé pertinent d'interroger les médecins généralistes du Loiret, département où j'exerce, sur leurs utilisations des outils d'aide à la décision utilisés au cours des consultations de médecine générale. J'ai pour cela réalisé des entretiens semi-dirigés, selon la méthode de recherche qualitative, afin de déterminer leurs pratiques mais également leurs attentes concernant ces outils.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1°) Caractéristiques de l'étude

1. Objectif de l'étude

Le but de cette étude était d'explorer, chez les médecins généralistes en ambulatoire exerçant dans le Loiret, l'utilisation qu'ils faisaient des outils d'aide à la décision au cours des consultations de médecine générale et les attentes qu'ils en avaient.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête qualitative exploratoire réalisée auprès de 12 médecins généralistes du Loiret, selon la technique des entretiens semi-dirigés.

3. Intérêt de la méthode qualitative

La recherche qualitative (15, 19, 20), utilisée depuis longtemps en sciences sociales, donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens dans leur cadre naturel sur un sujet particulier. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et ainsi définir ou cerner les options liées à cette question. La méthode qualitative ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population, étant donné que l'échantillon de la recherche n'est pas représentatif ou n'a pas nécessairement été prélevé au hasard. Elle cherche donc à comprendre un phénomène et non pas à le mesurer comme le ferait une étude quantitative.

Elle trouve actuellement sa place en recherche biomédicale, combinée ou non à la recherche quantitative.

Dans le cadre de ma thèse, il s'agissait de réaliser par des entretiens semi-dirigés, l'étude de l'utilisation des OAD par les médecins généralistes au cours de leurs consultations et l'attente qu'ils en avaient. La méthode qualitative était donc logiquement la mieux adaptée.

2.2°) Choix du type d'entretien

Il existe principalement trois catégories d'entretien individuel (16) au cours des études qualitatives exploratoires :

- l'entretien libre ou non-directif : principalement pour les récits de vie, il n'y a pas ou vraiment peu de questions. Techniquement, le chercheur pose une question initiale au sujet, et le laisse s'exprimer sans l'arrêter ou l'orienter par ses propres

remarques. Si le sujet ne parvient plus à continuer, il lui reformule alors les derniers propos qu'il a tenus, pour le relancer. Le risque de cette méthode est le hors sujet,

- l'entretien directif : ressemblant à un questionnaire avec de nombreuses questions le plus souvent fermées. Les réponses sont concises, laissant peu de place au sujet interviewé pour développer ses réponses, donner des explications ou argumenter,
- l'entretien semi-directif (17) : le plus utilisé en recherche qualitative, permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur et consignés dans une trame d'entretien. L'interviewé peut venir compléter et approfondir des domaines de connaissance spécifiques liés à l'entretien qui se déroule très librement à partir de questions ouvertes. Il permet une interaction dans la communication entre les deux intervenants plus importante que les autres types d'entretiens, avec notamment une possibilité de relance, d'écoute et de réajustement de l'interlocuteur, ce qui favorise ainsi l'auto-évaluation de la personne interrogée.

C'est cette dernière méthode qui a été retenue pour ma thèse.

2.3°) Echantillon étudié

1. Critères d'inclusion

L'échantillon étudié était composé de 12 médecins généralistes du Loiret.

Les médecins inclus ont été sélectionnés sur un ou plusieurs des critères suivants :

- l'âge,
- le sexe,
- le lieu d'activité (rural, urbain, semi-rural),
- le mode d'exercice (activité isolée ou en association),
- l'expérience en médecine générale (remplaçant, installation récente ou ancienne).

L'objectif était d'obtenir un échantillon le plus divers et varié possible, de pratiques médicales différentes pour obtenir un groupe, non pas strictement représentatif de la population étudiée, mais caractéristique, et ainsi des profils de réponses les plus hétérogènes possibles.

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de cet échantillon les médecins qui n'acceptaient pas le sujet, la méthode, les conditions de l'étude.

3. Choix des médecins

Après les différents critères établis, les médecins ont été choisis :

- par connaissance personnelle,
- sur conseil de relations professionnelles,
- par connaissance du nom et des caractéristiques du médecin,
- par recherche dans l'annuaire en fonction du lieu et du type d'exercice.

La sélection a été réalisée au fur et à mesure des interviews permettant d'obtenir avec certitude des médecins aux pratiques différentes. Il s'agissait d'un choix raisonné sur les caractéristiques des médecins et non sur leurs réponses à l'interview, celles-ci ne pouvant être anticipées.

2.4°) L'entretien semi-dirigé

1. Elaboration de la trame d'entretien

La trame d'entretien devait servir de guide sur lequel s'appuyer tout au long de l'entrevue, afin de pouvoir recadrer l'entretien en cas de hors-sujet, mais tout en permettant à l'interlocuteur de pouvoir s'exprimer librement.

Elle devait être composée de questions ouvertes adaptées au sujet de ma thèse et comprendre 4 à 5 grands thèmes à aborder au cours des différents entretiens.

Les premières questions devaient être générales afin de mettre à l'aise le médecin puis de plus en plus spécialisées et spécifiques à ma thèse suivant la technique de l'entonnoir. Les questions devaient donc être définies afin d'étudier les grands axes décidés au préalable, ainsi que les relances en cas de réponses insuffisantes ou trop courtes aux questions.

L'entretien devait également se dérouler en moins d'une heure, temps nécessaire à la réalisation du questionnaire et à l'obtention de réponses suffisamment développées et argumentées, mais également durée acceptable pour l'interviewé.

2. Grands axes de la trame d'entretien

Il s'agissait d'une trame flexible (ANNEXE 6) : les questions pouvaient être reformulées en fonction du contexte et de l'interlocuteur, leur ordre pouvait varier en fonction du déroulement de l'interview.

Il comportait les grands thèmes suivants :

- les caractéristiques des médecins interviewés,
- leur connaissance de la notion d'outils d'aide à la décision,
- le recueil des outils utilisés,
- les freins à leur utilisation,
- les moteurs à leur utilisation,
- les limites des outils d'aide à la décision,
- pour finir par une question d'ouverture.

3. Méthode de l'entretien semi-dirigé

a) Contexte de l'entretien semi-dirigé

Les prises de rendez-vous furent faites par téléphone en expliquant le sujet de la thèse, sa méthode et les conditions de réalisation de l'entretien.

Les médecins devaient pouvoir être disponibles dans le mois suivant l'appel.

Le lieu de l'entretien fut laissé libre au choix du médecin, mais en privilégiant au maximum un endroit calme, propice à la concentration.

La répartition des entretiens a été la suivante :

- au domicile de l'interviewer : 1 (collègue remplaçante sans lieu d'exercice fixe, lieu d'entretien décidé d'un commun accord),
- au cabinet du médecin interviewé : 8,
- au domicile du médecin interviewé : 2,
- autre lieu (café) : 1.

Les médecins interrogés décidèrent également du moment de l'entrevue, mais celui-ci était déterminé dès la prise de contact téléphonique en proposant une rencontre sur leur temps libre ou après leurs consultations, afin de ne pas avoir à écourter l'entretien précocement.

La durée de l'entrevue était fixée à une heure lors de la prise de rendez-vous, pour que ni le médecin ni l'interviewer ne soit pressé par le temps.

En pratique la durée des entretiens a varié de 25 à 65 minutes.

Les entretiens furent enregistrés par magnétophone numérique, avec l'accord préalable des médecins interrogés, la prise de notes entraînant irrémédiablement une perte d'informations.

b) Techniques de l'entretien semi-dirigé

L'entretien devait respecter plusieurs principes et techniques qui lui sont propres.

La nécessité première était d'instaurer un climat de confiance, calme, détendu, propice à l'échange et d'expliquer au préalable aux médecins le principe de cette interview (conversation ouverte, libre, souple, sans jugement).

Pour cela, plusieurs grands principes furent utilisés au cours de ces entretiens :

- adapter mon comportement au médecin interviewé : attitude, mimiques, réflexions,
- ne pas avoir d'attitude révélatrice d'une position par rapport aux réponses du médecin,
- ne pas orienter le discours, ni influencer les réponses de quelque manière que ce soit,
- répéter, voire reformuler les questions en cas de non compréhension ou de hors-sujet,
- intervenir pour inciter le médecin à avancer dans sa réflexion,
- intervenir pour l'inciter à approfondir, clarifier par des répétitions en échos, des interventions en miroir, des reformulations-résumés ou des interrogations spécifiques,
- intervenir par des relances lorsque l'entretien s'égarait, se tarit ou n'aborde pas tous les thèmes souhaités.

2.5°) Exploitations des résultats de l'enquête

L'analyse des données qualitatives relève de techniques spécifiques :

- la retranscription des interviews devait permettre d'obtenir une base de données originelle, sans perte d'informations,
- les entretiens furent retranscrits mot à mot et ce dans un délai le plus proche possible de l'enregistrement afin de ne perdre aucune information concernant les attitudes verbales et non verbales, les expressions, voire les silences.

Afin de respecter l'anonymat, les médecins étaient appelés MX, X étant un chiffre correspondant à leur place dans l'ordre des interviews et SC correspondait à moi-même.

L'analyse des résultats s'est faite ensuite après plusieurs lectures des entretiens, afin de mettre en évidence au cours de ceux-ci des idées et des mots-clés classés, comparés et confrontés grâce à un dépouillement manuel (méthode de la table longue).

Il s'agit donc d'une analyse par occurrence des interviews et ce, jusqu'à saturation des données.

L'exploitation des données a permis de dégager de grands thèmes, des axes qui ont été identifiés par triangulation entre les résultats des entretiens et les données de la littérature. L'objectif in fine étant de compenser le biais inhérent à cette technique de recueil de données. Les grands axes définis et les idées fortes ont ensuite été hiérarchisés afin d'obtenir des réponses aux questions posées et soulevées par cette thèse.

3. RESULTATS

3.1°) Caractéristiques des médecins interviewés

1. Age et sexe

Sur les 12 médecins rencontrés, 5 étaient des hommes et 7 des femmes.

La moyenne d'âge était de 45.5 ans, avec une moyenne de 46 ans pour les femmes et de 44.8 ans pour les hommes.

Le médecin le plus jeune était une femme de 30 ans (M5), remplaçante depuis 1 an et la plus âgée, une femme de 64 ans (M8), installée depuis 31 ans.

2. Année de thèse et d'installation

A l'exception de M5, tous les médecins interrogés étaient thésés, en moyenne depuis environ 17 ans, les extrêmes allant de 3 ans (M4) à 33 ans (M8 et M11).

1 seul médecin interviewé n'était pas installé (M5) et remplaçait depuis 1 an. Pour le reste des médecins, le temps écoulé depuis l'installation allait de 1 an (M4), à 31 ans pour (M8 et M10).

Les médecins étaient installés en moyenne depuis 15.3 ans.

Médecins	Age	Sexe	Temps écoulé depuis l'année de soutenance de la thèse	Temps écoulé depuis l'année d'installation
M1	55 ans	Femme	25 ans	25 ans
M2	36 ans	Homme	6 ans	6 ans
M3	37 ans	Femme	4 ans	3 ans
M4	32 ans	Homme	3 ans	1 an
M5	30 ans	Femme	non thésée	non installée
M6	38 ans	Homme	7 ans	2 ans
M7	56 ans	Femme	29 ans	27 ans
M8	64 ans	Femme	33 ans	31 ans
M9	38 ans	Femme	7 ans	4 ans
M10	59 ans	Homme	31 ans	31 ans
M11	59 ans	Homme	33 ans	30 ans
M12	42 ans	Femme	9 ans	6 ans

Tableau 1 : Récapitulatif de certaines caractéristiques des médecins interviewés : l'âge, le sexe, le temps écoulé depuis la soutenance de thèse et l'installation.

3. Type d'activité médicale

L'activité des médecins généralistes interrogés se répartissait en 3 grands secteurs d'activité : 4 exerçaient en urbain, 3 en milieu rural, 2 en semi-rural, le restant, soit 3 méde-

cins, qualifiaient leur activité à mi-chemin entre urbain et semi-rural. Le médecin remplaçant M5 exerçant à la fois dans chacun des 3 secteurs d'activité en fonction des médecins qu'elle remplaçait, son activité a été qualifiée selon les caractéristiques de son activité médicale prédominante.

Concernant le type d'exercice, il se divisait en deux groupes : isolé ou en association. L'exercice en association au sein d'un cabinet de 2 à 5 médecins était prédominant puisqu'il était de 11 médecins sur 12.

A noter que 11 des médecins interviewés exerçaient à temps plein, seul un médecin exerçait à mi-temps (M12).

Médecins	Secteur d'activité	Type d'exercice
M1	Semi-rurale devenue citadine	Association (3 médecins généralistes)
M2	Urbaine et semi-rurale	Association (4 médecins généralistes et 1 neuropsychiatre)
M3	Semi-rurale	Association (2 médecins généralistes)
M4	Semi-rurale	Association (2 médecins généralistes)
M5	Rurale	Association (3 médecins généralistes)
M6	Urbaine	Association (2 médecins généralistes)
M7	Urbaine	Isolés
M8	Rurale	Association (2 médecins généralistes)
M9	Rurale	Association (1 médecin généraliste)
M10	Urbaine	Association (3 médecins généralistes)
M11	Rurale	Association (2 médecins généralistes)
M12	Urbaine	Association (2 médecins généralistes)

Tableau 2 : Récapitulatif du secteur d'activité et du type d'exercice des médecins interviewés.

4. Spécificités d'exercice

Sur les 12 médecins, 6 avaient une orientation de leur activité ambulatoire ou une spécialisation.

Médecins	Orientation de l'activité médicale ambulatoire	Spécialisation
M1	-	Compétence de pédiatrie CES de médecine du sport
M2	-	-
M3	-	DU douleur
M4	-	-
M5	Pédiatrie	DU de médecine préventive de l'enfant
M6	Gériatrie, Médecine interne, Rhumatologie Cardiologie, Pneumologie (patientèle âgée)	-
M7	-	-
M8	-	DU de soins palliatifs Médecin coordinateur EHPAD

M9	-	-
M10	-	Gestion des appartements de coordination thérapeutique Réseau Diabète DIABOLO DU SIDA Diplôme de Santé Publique
M11	Gériatrie Dermatologie	Médecin expert pour les tutelles
M12	-	-

Tableau 3 : Récapitulatif des spécificités d'exercice des 12 médecins

3.2°) Les différentes sources de formation et d'information

1. La formation médicale continue

Parmi les médecins interrogés, 10 sur 12 se disaient adhérents ou participants à une association de formation médicale. Ils distinguaient trois grandes catégories : les associations locales, nationales et les séminaires ou soirées.

- Associations de FMC locales :

M3 : « **l'association médicale locale** [...] je suis adhérente à un **syndicat** [...] **FMC Action** [...] et puis celle de la Présentation (...), celle gérée par les médecins, les spécialistes de Saint-Jean-de-Braye (...) celle faite par les cardiologues Dr Schnebert, Dr Dibon. »

M4 : « une **association locale** de formation médicale continue. »

M6 : « Je vais régulièrement aussi à des formations locales, c'est **Ecole pour les cardio** [...] finalement on arrive à bien se former comme ça. »

M7 : « **l'association locale de Gien, qui fait des trucs tous les mois. Disons que là je commence un peu à y aller alors que j'y ai pas été du tout [...] depuis que je suis installée à Gien quasiment quoi. Et sinon je fais partie d'un groupe qualité sur Gien.** »

M8 : « **Euh une formation médicale continue du Montargois, c'est une FMC locale [...], au réseau de soins palliatifs** et puis à titre médical au **Réseau Loiret Diab**, c'est un truc, euh, un réseau sur le diabète de la région nord du Loiret, rattaché à Montargis. »

M11 : « Je fais partie de l'association de **formation médicale continue sur Gien**, je fais partie d'un **groupe qualité sur Gien**, je suis **secrétaire de l'UNAFORMEC Centre** et je fais partie du réseau diabète **Diabolo**. »

M12 : « Ecole. »

- Associations de FMC nationales :

M1 : « Je paye la cotisation à l'**AFML** par exemple si je veux faire la formation chez eux, mais je ne suis pas membre active de ces structures. »

M6 : « Je fais beaucoup de formations par **MG Form**, j'en fais quatre par an [...] c'est des formations reconnues, rémunérées, indemnisées. »

M7 : « Je suis adhérente avec une part active dans l'**UNAFORMEC** et plutôt participante à la **SFMG** mais j'ai quand même payé une cotisation d'adhésion. Sinon je vais des fois à des séminaires

d'autres trucs comme l'**AFML** [...] j'ai été aussi l'an dernier à des séminaires d'un autre truc [...], qui s'appelle **FMC action** [...] je fais partie du bureau à l'**UNAFORMEC Centre**, ça m'arrive quand même **d'écrire des séminaires** et puis ça m'arrive d'en **organiser** ou de faire de l'**animation** [...] je vais [...] à des séminaires d'une association qui s'appelle **REPERES**, qui est vachement bien. »

M8 : « à titre à la fois professionnel et individuel, à **France Alzheimer** [...] faire des formations avec **MG Form** [...] je participe aussi à des **assises de médecin coordonateur**, on peut considérer que c'est de la formation aussi. »

M12 : « J'ai dû entre autre adhérer à **Tamari 06** et puis je sais plus, ça doit être l'**AFMG**. »

- Séminaires, soirées

M1 : « me contraindre à faire quelques week-ends de formation tous les ans. »

M3 : « groupes de pairs. »

M9 : « J'ai pas de structure ad hoc. J'y vais pas beaucoup, j'y vais une fois par an [...], j'y vais pas suffisamment. »

M10 : « Je vais à des formations médicales. »

- Aucune participation à une association

M2 : « [...] **manque de temps**, mais je pense que je pourrais, mais c'est plus les premières démarches à faire pour relancer le truc [...] je suis pris dans la routine. »

M5 : « J'en ai fait en Eure-et-Loir pendant l'internat [...] l'**AMPEL 28** et puis [...] mais là maintenant **depuis que je suis remplaçante, je n'en fais plus**. »

2. Les autres sources

a) La presse médicale

Sur les 12 médecins interviewés, 11 ont cité la presse médicale comme source de formation et d'informations. Parmi ceux-ci, 9 médecins lisaient régulièrement des revues sur abonnement ayant un comité de lecture (type *Prescrire, Médecine*).

Médecins	Revues citées	Commentaires et précisions du médecin
M1	<i>Prescrire</i>	-
M2	<i>Prescrire, la Revue du Praticien Médecine Générale, la Revue du Praticien</i>	-
M3	<i>Prescrire, Encyclopédie médicale</i>	-
M4	<i>Prescrire, la Revue du Praticien</i>	« Surtout les revues documentaires »
M5	<i>La Revue du Praticien Médecine Générale</i>	« En prévision, je pense que je m'abonnerai à <i>Prescrire</i> . »
M6	<i>Prescrire, la Revue du Praticien Médecine Générale</i>	-
M7	<i>Médecine, la Revue du Praticien monographies</i>	-
M8	<i>Prescrire, la Revue du Praticien</i>	« Ma principale source d'informations [...] la lecture de revues médicales. »

M9	<i>Le Quotidien du Médecin</i>	« j'ai un peu mis en <i>stand by</i> , mais il y avait la <i>Revue du Praticien Médecine Générale</i> [...]. Il y avait <i>Prescrire</i> mais il y a bien longtemps que j'ai arrêté (<i>rires</i>). Je lisais les titres et puis c'était tout, donc non, j'ai arrêté depuis longtemps. »
M10	<i>Prescrire, la Revue du Praticien</i>	« Lecture ! »
M11	<i>Prescrire, Le Monde, Le Quotidien du Médecin, le Généraliste</i>	« Sinon je lis <i>Le Quotidien du Médecin</i> , que je reçois gratuitement et qui me sert à mon information, et je lis les revues comme <i>le Généraliste</i> que je reçois gratuitement et que je prends aussi comme de l'information et non pas de la formation. »
M12	<i>Le Quotidien du Médecin</i>	« Je le lis quand il y a les FMC pratiques, et puis bon, pas toujours non plus. »

Tableau 4 : les différentes revues citées et les commentaires éventuels apportés par les médecins

b) Internet

9 médecins ont cité internet comme source d'informations.

Médecins	Sites internet cités	Commentaires et précisions du médecin
M1	-	-
M2	<i>Prescrire, Egora, AFFSAPS, BEH, HAS</i>	« J'ai des codes d'accès, je vais sur l'AFFSAPS, c'est où je vais le plus et puis pour voir le BEH [...] Je vais y attraper les trucs sur les voyageurs et les vaccins tous les ans. [...] depuis que je suis étudiant j'y vais pour suivre les recommandations depuis que je fais de la médecine générale même en tant qu'interne. »
M3	-	-
M4	HAS, AFSSAPS	« j'ai mis mon mail sur l'HAS pour être au courant de toutes les nouveautés, de toutes les nouvelles recommandations, pareil sur le site de l'AFSSAPS. »
M5	HAS, Collèges de spécialité	« internet pas mal »
M6	-	-
M7	<i>Prescrire</i>	
M8	Internet en général	« ma principale source d'informations pour moi c'est plutôt internet »
M9	Dermatologues de France, Cismef	-
M10	Cismef	-
M11	JIM, Egora, Bibliomed	« Le JIM [...] je trie les articles en fonction de ce qui m'intéresse, ce qui touche mon exercice. Comme veille scientifique c'est intéressant, ça prend très peu de temps. [...] Donc disons qu'il faut être capable d'analyser si on prend ça pour argent comptant ou pas et évidemment ça dépend du thème. [...] Bi-

		bliomed, c'est des trucs un peu courts, synthétiques. [...] Je reçois Egora que je n'ouvre jamais parce que je ne suis pas sûr que ça ait une grande valeur. »
M12	Wikipédia	« j'ai jamais été capable d'aller sur internet. Ah si, je vais sur Wikipédia. »

Tableau 5 : les différents sites internet cités et les commentaires éventuels apportés par les médecins

c) Les laboratoires pharmaceutiques

Les laboratoires pharmaceutiques étaient cités comme source d'informations par 7 médecins, principalement lors de soirées à thème organisées autour de nouveautés thérapeutiques ou avec des intervenants locaux.

M4 : « Je vais de temps en temps à des **soirées de formation médicale** qui sont organisées par des **laboratoires** sur des thèmes particuliers ou sur des nouveaux produits. »

M5 : « J'ai dû faire **des soirées de laboratoire**. »

M6 : « accessoirement **les labos** qui nous invitent pour des **petits suivis et des nouveautés thérapeutiques**. »

M8 : « Euh voilà, je ne sais pas si on peut parler des **soirées labo** comme étant des moments de formation, [...] et puis les labos n'ont plus de sous à mettre là-dedans et je trouve que c'est un peu bidon aussi. »

M9 : « plutôt les **réunions par les labos**, donc ça j'en fais de temps en temps. »

M10 : « **laboratoires, quand c'est des choses nouvelles**, [...] mais c'est plus pour s'informer. Mais les soirées labo, c'est rare, il faut que se soit vraiment intéressant ou vraiment nouveau. Et c'est pas tellement pour entendre le discours du labo mais plus pour entendre le discours de l'intervenant, ce sont généralement des gens qu'on connaît. »

M11 : « J'ai ma petite éthique personnelle qui est discutable, c'est-à-dire que si je suis invité avec un expert entre guillemets, qu'il m'intéresse de connaître, éventuellement j'y vais pour le connaître parce que ça permet quelquefois de **rencontrer des spécialistes** dont on a envie de savoir ce qu'ils ont dans la caboche, [...] soit c'est un **nouveau médicament** qui vient de sortir et que le laboratoire souhaite me présenter, je me dis que libre à lui de me présenter son médicament... »

d) Les livres médicaux

M4 : « Régulièrement je retourne dans mes bouquins quand je me pose des questions. »

3.3°) Les critères influençant le choix de la formation et l'information

1. L'intérêt pour la pratique quotidienne

Certains médecins interrogés reprochaient à la presse spécialisée (M5, M12) et aux formations médicales (M1) d'être trop sur le versant scientifique, quant à la presse non spécialisée mais abordant des sujets médicaux, ils critiquaient une qualité scientifique et informative moindre (M11).

M1 : « On oublie de nous refaire des formations je trouve de **culture de base, de connaissances médicales réactualisées**. [...] Je n'ai pas l'impression que ce soit repris dans les formations. Regarde, si tu en fais, il va y avoir beaucoup de données générales, de dépistage mais on oublie de nous redépoussiérer les neurones. [...] mais je pense que de temps en temps on aurait besoin de revoir tout simplement nos connaissances de base [...] le sida, je n'ai jamais revu la moindre formation et pourtant j'en guette une qui te reprenne par exemple en gros la pathologie dans son ensemble les mécanismes les trucs. C'est à toi d'aller relire tes trucs, tes bidules mais ça, tu n'en trouves plus.

Si tu regardes nos formations actuelles, elles sont orientées sur des **grands courants de politique de santé** principalement, euh mais où tu as l'impression que nos connaissances de base sont considérées comme acquises, mais tu as 50% de la population médicale à avoir plus de 50 ans.

Je trouve quand même que depuis quelques années où j'essaie d'éplucher chaque début d'année les programmes des associations, tu retombes sur presque **toujours la même chose**, hein honnêtement. Et moi ça m'arrive je cible dans l'année une formation sur un sujet en me disant que ça va me dépoussiérer, il n'y en a pas tant que ça. »

M5 : « J'étais abonnée à *Exercer* mais je l'ai pas reconduit parce que [...] je trouve que les articles c'est effectivement **très scientifiques** [...] l'approche est plus difficile, c'est trop théorique je pense. »

M11 : « Pour l'information j'ai lu *Le Monde* pendant très longtemps (*rires*), puis j'ai arrêté l'abonnement par agacement devant l'incompétence administrative du journal [...] Et **la qualité a un petit peu baissé**. »

M12 : « Je m'étais abonnée et puis maintenant je n'ai même plus d'abonnement, je ne l'ai même pas renouvelé [...] *Prescrire* c'est très bien, mais [...] il y a beaucoup **d'articles qui ne m'intéressent pas** sur toutes les nouvelles molécules dans les chimiothérapies ou même les antibiothérapies qu'on utilise à l'hôpital. Et puis il y a eu quelques articles où je trouvais qu'ils étaient un **peu trop durs** avec les nouvelles molécules. Mais bon, je pense que c'est une bonne analyse critique.»

2. L'accessibilité géographique

M9 : « c'est plutôt sur La Ferté Saint-Aubin et comme j'habite Orléans du coup c'est pas très simple. Il faudrait que je m'inscrive sur Orléans. »

3. Le temps

Le temps demandé pour la formation médicale posait problème à certains médecins. Il constituerait un facteur limitant la formation et sa qualité, ainsi que le type de formation choisie.

M1 : « donc même à grand renfort de formations ici et là, à moins d'y consacrer un quart de son temps, ce que l'on ne peut pas, ce n'est pas acquis et au contraire ça s'efface. »

M2 : « [...] **manque de temps**, je pense que je pourrais, mais c'est plus les premières démarches à faire pour relancer le truc [...] je suis pris dans la routine. »

M5 : « J'en ai fait en Eure-et-Loir pendant l'internat [...] l'AMPEL 28 et puis [...] mais là maintenant **depuis que je suis remplaçante, je n'en fais plus.** »

4. La validité de l'information

La qualité de l'information délivrée était également abordée par un médecin, avec la nécessité de faire une analyse critique de nos lectures.

M11 : « Sinon je lis *le Quotidien du Médecin*, que je reçois gratuitement et qui me sert à mon information, et je lis les revues comme *le Généraliste* que je reçois gratuitement et que je prends aussi comme de l'information [...] sur le plan syndical, politique, sur le plan de la recherche, mais aussi médical mais je prends ça avec des pincettes. [...] l'arrière-pensée que c'est des **trucs financés par les laboratoires**, premièrement, puis deuxièmement, c'est un médecin journaliste qui a fait un résumé de l'article princeps donc il n'a **pas forcément un regard très critique** par rapport aux choses. Donc disons qu'il faut être capable d'analyser si on prend ça pour argent comptant ou pas. »

5. La forme proposée

La forme sous laquelle se présentent les formations a été évoquée comme un critère influençant le choix de celles-ci. Les critiques étaient portées, soit sur l'aspect à proprement parlé (informatique, papier), soit sur le déroulement trop passif des formations.

M7 : « Je m'abonnerai à *Prescrire* quand il y aura une forme informatique mais il y a **trop d'informations pour une forme papier** [...] J'ai dû faire un **DPC** l'an dernier mais j'ai fait une seule expérience pour l'instant et **ça m'a trop plu** quoi, en tant que formation médicale. »

M9 : « Ce qui m'ennuie, c'est que c'est toujours un peu **stéréotypée** la façon de faire les FMC, c'est toujours les mêmes fonctionnements, je trouve que c'est un peu **pénible**. [...] C'est **passif**, et on n'a pas de surprise, parce que c'est toujours les mêmes thèmes [...]. Quand je m'étais récemment installé, il y avait à Tours des unités de valeur, c'est à dire qu'on pouvait revoir toute une matière pendant une semaine à la fac. Moi je trouvais ça très bien. [...] Mais c'est dommage, les médecins ne peuvent plus se libérer une semaine. »

3.4°) L'informatisation

La totalité des médecins interrogés avait des dossiers médicaux informatisés. 11 médecins interrogés avaient une connexion internet sur leur lieu de travail, dont 10 avaient un haut-débit.

3.5°) La notion d'outil d'aide à la décision

1. Définition

La moitié des médecins interviewés avait une idée assez vague et imprécise des OAD. Quant aux autres, leur approche des OAD se faisait sur un versant très technique. Leurs définitions se basaient sur des références technologiques, scientifiques ou encore sur les recommandations officielles, avec parfois même une notion de chiffrage des données par le biais d'échelle.

Seul un médecin évoque l'aspect médico-légal de l'utilisation des OAD.

a) Une notion un peu obscure

M1 : « terminologie que j'entends, que **je ne discerne pas clairement.** »

M2 : « Comment on peut définir un outil d'aide à la décision. **Euh, ça va pas « euh »** comme définition ? »

M3 : « J'en ai une **idée vague** mais pas vraiment de définition. J'en ai pas vu réellement donc je sais pas vraiment ce dont on parle. »

M4 : « Alors **je ne connais pas cette notion.** »

M5 : « outil d'aide à la décision, euh bah **j'ai jamais entendu ce terme-là.** »

M6 : « Bah **je ne sais pas ce que c'est clairement** la définition. »

b) La référence scientifique

M1 : « Plutôt c'est ça, **se référer à des études**, pour moi par exemple, aux articles de *Prescrire* par rapport à des choix thérapeutiques ou des choix d'attitude à tenir, c'est comme ça que je l'entends. »

M4 : « Raisonner et prescrire en fonction des données de la science : ***evidence based médecine.*** »

M7 : « un outil qui amènerait les **données actuelles de la science** et qui permettrait au médecin de prendre une décision concernant le cas spécifique de son patient en fonction des caractéristiques du patient, de ce qu'il souhaite et de l'environnement, de la situation économique et tout ça quoi. Donc pour moi ce serait un outil qui amène les **données actualisées, de bonne qualité, fiables de la science.** »

c) La référence informatique

M3 : « Je ne sais pas si c'est le **système informatisé.** »

M9 : « Ca me dit la maladie, ce qu'il faut faire, l'arbre décisionnel derrière (*sourire*). Donc c'est plutôt **un logiciel intégré dans mon logiciel médical.** »

M11 : « J'ai ma propre base de données. »

d) Les recommandations

M3 : « Ca peut être autant des **recommandations** que donne la Caisse. »

M11 : « **les recommandations** des hautes autorités de santé. »

M12 : « Quand on a un diagnostic ou un traitement à faire, c'est **les dernières recommandations** éditées, reconnues. »

e) Les échelles, fiches, outils pratiques

M5 : « des **échelles** genre Epworth ou **des tableaux de conduite à tenir** ou des **fiches**, éventuellement des **résumés.** »

M10 : « un outil un petit peu technique disons, pour préciser un diagnostic ou pour prendre une décision de mise sous traitement ou non. Par exemple avec les antidépresseurs, avec les **échelles.** »

M11 : « **pense-bêtes** qui sont des macro-commandes que je me suis faites, par exemple les **critères** de la *National Headache Society* pour les migraines, j'en ai une sur les critères d'ostéodensitométrie et puis j'utilise beaucoup les critères pour les attaques de panique. »

M12 : « **les échelles, les scores** aussi je pense que c'en est mais je les utilise pas tant que ça les scores. »

f) Une justification de la prise de décision

M10 : « Il y a parfois des décisions, que l'on prend et qui sont un petit peu empiriques, pifométriques. Donc c'est plutôt pas mal de **s'appuyer de temps en temps sur quelque chose de plus rigoureux.** Les choses deviennent de plus en plus précises [...] c'est pas facile, ça nous bouscule ça prend du temps, mais aussi ça a quand même l'avantage de préciser les choses. »

g) Une traçabilité de la décision

M10 : « Un aspect un peu médico-légal [...] voilà quoi, de **justifier sa décision, sa démarche.** »

2. Recueil des outils utilisés

a) Papier

Parmi les médecins interrogés, 8 ont cité des OAD sous forme papier.

Médecins	Outils papier utilisés	Commentaires et précisions du médecin
M1	Recommandations AFSSAPS Tablette cholestérol IMC Traitements du diabète	« je suis internet retardataire et s'il y a des documents, j'ai besoin qu'ils soient écrits. [...] je suis encore de ceux pour qui le document où je clique je n'arrive pas encore à me fixer dessus, il me faudra à un moment donné un document écrit glissé quelque part. »

M2	<i>Vidal</i> Livres : <i>Pilly</i> , normes des examens biologiques, <i>Elrodt</i>	-
M3	Recommandations HAS	-
M4	-	-
M5	-	-
M6	<i>Prescrire</i> Livres Recommandation HAS	« je continue à me former via mes bouquins, toutes mes revues médicales, je les collectionne, je les découpe, puisqu'on en reçoit beaucoup gratuitement [...] elles sont à chaque fois lues, ouvertes, et puis je découpe, je classe et puis je lis [...] c'est pas très informatique, j'y connais pas grand-chose et je reste du vingtième siècle avec mes pages et mes supports écrits. »
M7	Dictionnaire des résultats de consultation de la SFTG	-
M8	Recommandations HAS <i>Prescrire</i> <i>La Revue du Praticien</i>	-
M9	-	-
M10	Echelles : Hamilton, anxiété, CHADS	-
M11	Guide des antibiotiques en pratique quotidienne	-
M12	Recommandations HAS Scores : CHADS	-

Tableau 6 : les différents OAD sous forme papier cités et les commentaires éventuels apportés par les médecins

b) Informatique

11 médecins utilisaient des OAD informatiques intégrés à leurs logiciels médicaux (aide à la prescription thérapeutique ou aide pour les interactions médicamenteuses, alarmes) ou des sites internet.

Un seul des médecins interrogés avait créé sa propre base de données.

Médecins	Outils informatiques cités	Commentaires et précisions du médecin
M1	-	-
M2	Calendrier de grossesse Alarmes du dossier informatique	« des alarmes dans mon dossier informatique mais c'est plus pour les interactions médicamenteuses et les allergies. »
M3	Alarmes du dossier informatique EMC	« les alarmes des interactions médicamenteuses, [...] dans les synthèses de dossier en fonction s'ils sont diabétiques, s'ils ont de l'insuffisance rénale, tout ça qui est noté normalement. » « l'encyclopédie médicale [...] remise à jour tous les mois. »
M4	Pubmed	-

	Orphanet Cismef Google Sites de faculté Dossier médical	
M5	Google CRAT HAS	-
M6	<i>Vidal</i> <i>Prescrire</i> CRAT Antibiocliv	-
M7	Bazuriap Banque Claude Bernard Cismef Recommandations HAS, AFFSAPS BEH CRAT Site du CHU de Rouen Collège des enseignants de neurologie CEN	-
M8	Sites des facultés CRAT Leche ligue	« ça me permet de donner des infos ou de tirer des trucs sur le papier pour les dames que j'ai en face de moi. »
M9	Cismef Site de dermatologie Site pasteur Site d'hépatologie	« je l'utilise pas mal pour diagnostiquer avec les photos », « un site d'hépto pour diagnostiquer mais je ne sais plus son nom. »
M10	CRAT Astrium.com Recommandations HAS Banque Claude Bernard	-
M11	Bizeausoft : échelles, recommandations <i>Vidal</i> <i>Vidal Recos</i> Recommandations HAS, AFFSAPS CRAT	« J'ai ma propre base de données. »
M12	Site Pasteur de Lille CRAT Wikipédia	« les <i>reco'</i> des vaccins et le traitement antipalu avec la classe » « Et puis je vais comme le commun des mortels voir sur internet et là, le seul site que j'ai en référence où je suis sûre qu'ils racontent pas trop de conneries c'est Wikipédia. Mais là c'est pour me remémorer les bases »

Tableau 7 : les différents OAD sous forme informatique cités et les commentaires éventuels apportés par les médecins

c) Autres

- **Applications pour téléphones intelligents (smartphones)**

M8 : « **sur mon téléphone** [...] des outils d'aide à la décision, c'est tout ce qui concerne le calcul de formules rapides. »

M12 : « Et là je viens de me mettre sur **mon téléphone** un truc, soi-disant avec toutes les dernières recommandations. C'est **DRC DReFC**, c'est une application i-phone et dessus tu as toutes les dernières recommandations sur différents sujets. [...] et les référentiels qui s'y rattachent. Mais je trouve pas ça pratique du tout, parce que le peu de fois où j'y suis allée, j'ai pas trouvé ce que je voulais et puis je l'ai pas encore exploité on va dire. [...] J'ai **Medcalc** avec tous les scores médicaux dedans. Je l'utilisais temps en temps surtout au début (*rires*) mais ça m'arrive quand même. Et puis alors j'ai la **BCB**, ça en visite c'est utile, si t'as une molécule dont tu te souviens plus de la posologie, que ce soit par la DCI ou par le nom, même en consult' c'est rattaché à notre logiciel. [...] Et puis j'en ai une dernière qui s'appelle **arrêt cardiaque** qui permet de repérer tous les défibrillateurs autour de l'endroit où on se trouve. »

- **Examens complémentaires**

M2 : « des examens complémentaires aussi dans ce cas-là on utilise beaucoup de choses. »

- **Examen clinique**

M2 : « On utilise beaucoup de choses, l'examen clinique. »

- **Outils cliniques diagnostiques**

M12 : « Streptotest. »

- **Dossier médical**

M2 : « Dans le dossier j'écris les choses, les antécédents, les allergies. »

M3 : « les synthèses des dossiers. »

M4 : « Je remplis le dossier de façon quasi obsessionnelle. »

- **Personne**

- **Collègue généraliste**

M2 : « un outil utile, c'est les autres, les autres médecins je sais pas si on peut dire que c'est un outil d'aide à la décision. »

- **Collègue spécialiste**

M2 : « Oui c'est pas mal ça aussi de temps en temps, les confrères ça peut aider, [...] et spécialistes. »

M9 : « J'appelle des confrères aussi pas mal, j'appelle des spécialistes. Quand j'ai vraiment un truc que je sais pas, j'appelle un confrère. [...] j'ai plus recours aux spécialistes quand il y a un truc que je sais pas, et il me dit quoi faire comme examen complémentaire. »

- **Autre personne ressource**

M12 : « J'envoie un mail à la bibliothèque de l'hôpital de la Source. C'est ma patiente et puis c'est devenue une amie, donc dès que je veux des articles sur les dernières recommandations [...] et ben elle va chercher sur internet sur tous leurs trucs, toutes leurs revues et j'ai au moins 5, 6 articles par sujet. [...] Et puis c'est bien parce qu'en plus elle m'envoie ça le lendemain et en plus elle m'envoie les archives de pédiatrie, donc elle m'a abonnée et je regarde les sujets qui m'intéressent et puis après je lui demande qu'elle me les envoie par mail. Mais je ne les lis pas tous toujours. »

3. Les outils mis de côté

Certains outils sont connus des praticiens mais non utilisés au quotidien pour différentes raisons.

a) Par méconnaissance de l'outil informatique

M1 : « internet dans sa globalité. »

M6 : « Je ne passe pas mon temps sur l'ordinateur. »

b) Par désintérêt pour l'outil en tant que tel

M5 : « *Prescrire* par exemple. »

M12 : « *Prescrire* [...] un bon outil d'aide à la décision mais qui prend du temps. »

M8 : « Dans mon logiciel il y a des fenêtres qui peuvent apparaître ou des alarmes ou la façon de bien ranger des choses dans l'observation du patient, ça c'est un truc qui me gonfle un petit peu donc **je les ai virés.** »

c) Par manque de pratique

M5 : « Après je pense que c'est surtout **la pratique qui manque** [...] Après par exemple les échelles de dépression on en a parlé en séminaire mais vu que je ne les ai **jamais utilisées en pratique** et que je ne les ai jamais vues utilisées en pratique non plus bah ça me parle moins. »

M7 : « Bazuriap par exemple, je le trouve simple d'utilisation mais je l'utilise pas, parce que en fait je ne connais pas très bien les items et je n'ai pas pris le temps de regarder cela et **je ne connais pas tous les trucs.** »

M12 : « **les alarmes des logiciels informatiques ?** Ca je sais pas faire, c'est dommage. »

d) Par manque de temps

M3 : « qu'on a vu passer, qu'on n'a pas eu le temps de digérer pour les réutiliser derrière, comme certaines reco'. »

e) Par paresse intellectuelle

M11 : « par paresse intellectuelle, il faut mettre le pied à l'étrier. »

f) Par manque d'habitude

M10 : « d'abord on peut pas tout utiliser. Et puis on est d'une génération où **on nous a pas formés avec ça.** »

3.6°) Le mode de découverte des OAD

Le mode de découverte des OAD s'est fait pour plus de la moitié des médecins au cours de leur formation initiale ou continue (formations, lecture, collègues, recherche indivi-

duelle...). Seul un médecin a créé son propre OAD après avoir analysé les manquements dans sa pratique.

1. Les collègues, le bouche à oreilles

M5 : « bah le bouche à oreilles, par les **médecins aussi que je remplaçais** qui m'ont montré la façon dont ils procédaient. »

M6 : « **via un médecin que j'avais remplacé** et qui m'a dit : regarde c'est super effectivement. Donc c'est plutôt de bouche à oreilles. »

M7 : « C'est aussi par le bouche à oreilles. »

M10 : « le bouche à oreilles. »

M12 : « pendant mon autre formation de Tamari 06 où il y a **un autre médecin** d'Orléans qui a tout, tout, tout, des fiches, des machins, des trucs et qui m'a donné tout ça. »

2. La formation médicale continue

M3 : « donc ça peut être dans les formations. »

M7 : « une formation sur la recherche sur internet. »

M10 : « Dans certaines formations, il y a des spécialistes et des collègues qui nous donnent leurs astuces alors on va voir aussi. »

M11 : « J'ai fait des formations [...] j'y glanais ces informations. »

M12 : « pendant mes formations. »

3. Les études

a) La formation médicale initiale

M2 : « quand j'étais interne. »

M5 : « les formations qu'on a pu avoir à la fac en deuxième cycle ou troisième cycle. »

M9 : « Par la fac, je pense. »

b) Les stages ambulatoires chez les médecins généralistes

M2 : « mes études, oui c'est ça. L'AFSSAPS, l'HAS ça c'est les stages chez les médecins généralistes. »

M4 : « par ma formation lors de mon **internat en médecine générale** et pendant **mes études** mais surtout lors de l'internat où on nous faisait réfléchir sur notre pratique et comment se renouveler dans notre pratique. »

4. Les revues médicales

a) La lecture de revues

M6 : « par une revue. »

M7 : « Je lisais, pendant une période assez souvent la *Revue du Praticien Médecine Générale* où il y a un truc qui répertorie les sites informatiques. »

M8 : « après tout ce qui est papier ça a toujours été. »

M10 : « dans les lectures de *Prescrire* et tout ça, je crois que j'ai lu ça dans les revues. »

b) L'incitation des revues à l'utilisation de leurs outils

M6 : « La revue *Prescrire*, bah parce que c'est la revue en elle-même qui m'a indiqué le site donc j'y suis allé. »

5. La recherche personnelle

M3 : « et puis après par les facultés aussi, sur les sites, en fonction des problèmes posés, des pathologies particulières de patients qui posent problème, à ce moment-là **on recherche par internet** aussi par là... »

M7 : « C'est aussi [...] en cherchant des trucs. »

M9 : « C'est sur internet [...] J'utilise un moteur de recherche et puis après je regarde l'adresse des sites, quoi enfin je veux dire, on est bien d'accord, je prends pas le premier venu, le tout venant quoi. »

M11 : « des choses sur **internet**. »

6. Le hasard

M3 : « par hasard je dirais et puis, en en recherchant d'autres. Donc ça peut être dans les formations, ça peut être bah par la Caisse. Et puis après par les facultés aussi, sur les sites, en fonction des problèmes posés, des pathologies particulières de patients qui posent problème, à ce moment-là on recherche par internet aussi par là... »

7. La CPAM

M3 : « par ça peut être bah, par la Caisse. »

8. La création de ses propres outils

M4 : « Ah non c'est moi qui me suis dit que ça me faciliterait ma prise en charge parce que je me suis rendu compte qu'à chaque fois je posais la question aux gens et en fait que probablement je leur avais déjà posée il y a 3 mois. »

9. L'informatisation

M8 : « l'informatisation. »

10. Un portail informatique d'OAD

M10 : « le site des médecins informatisés où il y a des petits programmes créés par Bernardin je crois. »

3.7°) Les freins à l'utilisation des OAD

1. La méconnaissance des sites ressources

Pour 7 médecins interrogés, le principal frein à l'utilisation des OAD est la difficulté à les trouver.

M1 : « **Savoir où aller chercher** est aussi un obstacle car il faut aller farfouiller. Si on me proposait un endroit sûr où j'ai que 3 clics à faire pour trouver la réponse ce serait parfait mais ça n'existe pas. »

M2 : « **l'accès à l'information**, pour trouver les choses, c'est-à-dire que le gros frein c'est de se dire où est-ce que je vais trouver ça [...] tu sais pas trop forcément où tu vas trouver des choses, bah c'est un gros frein pour chercher. »

M3 : « Il faut que ça soit **accessible facilement** parce qu'en consultation ça va vite. Donc que ça soit accessible facilement au moment où on en a besoin. »

M6 : « **C'est plus la difficulté à l'accès ?** Oui c'est ça [...] si je cherche quelque chose de très spécifique je ne le trouverai pas forcément facilement parce que je n'ai pas forcément des noms de sites en tête. »

M9 : « Je sais pas trop où chercher. »

M11 : « C'est un peu le bordel dans mon ordinateur et que les informations je les ai à plusieurs endroits, il faut se souvenir de où on les a mises pour pouvoir y accéder rapidement. »

M12 : « Il faudrait que j'ai tout sous la main, et je suis sûre qu'en plus il y a en a qui traînent au bureau quelque part. Donc oui **la disponibilité**. »

2. Le manque de temps en consultation

Pour la moitié des praticiens interrogés, le temps de consultation limite l'utilisation des OAD.

M1 : « C'est le facteur temps, c'est celui effectivement de **prendre le temps**, quand tu te dis à 3h de l'après-midi, tiens il faut que je regarde ça, à 10h du soir, ou tu l'auras oublié ou t'as la flemme honnêtement. Donc je pense un des freins c'est de prendre le temps d'aller chercher la source d'informations directe. »

M4 : « par **manque de temps** pendant la consultation sûrement. »

M7 : « Si je décide de chercher un truc pour une question qui me pose problème pour un patient et puis d'approfondir un peu, il faut que je passe un petit peu de temps. »

M9 : « C'est plus le temps en consultation on n'a pas trop le temps, il faut que ça aille vite. »

M11 : « Les freins, c'est la rapidité pour accéder à l'information. »

M12 : « Les freins, c'est le temps en consultation. »

3. Le défaut de validité et de confiance dans l'information délivrée

La validité de l'information délivrée par les OAD est évoquée par 4 des médecins interviewés.

M7 : « **Je suis beaucoup plus méfiante** qu'avant c'est les recommandations officielles, alors qu'avant j'avais un peu tendance à suivre ça les yeux fermés [...] et je te jure que ça ébranle très sérieusement ta confiance dans les institutions, en tous cas moi ça m'a fait ça. Donc voilà du coup c'est un frein à l'utilisation des *reco'*, du coup maintenant je suis un peu moins crédule. »

M8 : « Je peux avoir **un regard critique sur ce qui m'est donnée comme information**. Non mais ça fait partie du travail qu'on fait d'avoir un regard critique sur ce qu'on lit et sur ce qu'on trouve sur internet évidemment et même sur les recommandations, même la Banque Claude Bernard et cætera. »

M10 : « Et je pense qu'on a quand même envie que ce soit **validé par la profession**, et tout au moins par les médecins généralistes, que ce soit pratique, vraiment utile et que ce soit prouvé. [...] C'est pas toujours facile de savoir quelle est l'utilité de tout quoi, parce que quand on voit toutes les applications pour les smartphones, on en a des milliers. »

M12 : « Et puis il faut que je teste l'outil et que je vois d'où il vient, que j'ai **confiance**. »

4. Aucun frein

4 médecins interrogés n'ont aucun frein à l'utilisation des OAD.

M3 : « Non, non au contraire. Je trouve ça pratique, je trouve ça bien. »

M4 : « En tous cas non ça ne m'embête pas de les utiliser, au contraire je trouve que ça nous fait gagner du temps. »

M7 : « Disons que moi j'ai l'impression que quand je fais une recherche personnelle, j'arrive toujours quasiment à avoir euh, à trouver quelque chose qui me satisfait à peu près. »

M8 : « Non je n'ai pas du tout de frein à leur utilisation. »

5. Le manque de maîtrise de l'outil

3 médecins ont exprimé la nécessité d'utiliser à plusieurs reprises un outil afin d'appréhender son utilisation.

M7 : « Je peux être freinée par le fait que **je ne connais pas très bien l'outil**. »

M10 : « parce qu'il faut aussi **les dompter**, parce que la première fois, quand on les utilise, on n'est pas forcément à l'aise, après ça va très vite. »

M12 : « et puis aussi une habitude. »

6. L'ignorance des OAD

2 médecins ont évoqué la méconnaissance des OAD en tant que tels.

M4 : « la **méconnaissance des systèmes**, oui je pense que c'est juste ça. »

M10 : « **On les connaît pas tous et loin de là**. Je crois qu'au cours des formations on devrait aborder ces choses-là, pour voir les plus utiles, les plus pratiques à utiliser [...] Oui, je crois qu'on devrait à l'occasion des **formations les aborder ces outils**, moi j'ai rarement vu dans les formations que j'ai faites, on a rarement abordé ces choses-là. »

7. « L'oubli »

M5 : « Je vais surtout **pas y penser** forcément. »

M10 : « **parce que j'oublie** et c'est vrai que pour se remotiver, moi j'ai tendance à travailler par centre d'intérêt. De temps en temps, il y a **un truc qu'on place à l'écart** pour s'intéresser à autre chose. »

8. La complexité de l'outil

M9 : « peut-être pas assez simples d'utilisation. »

9. La sensation d'inaptitude

Un médecin a parlé du manque de maîtrise de l'outil informatique, rendant plus difficile selon elle, l'utilisation des OAD.

M6 : « **Je ne manipule pas assez bien internet**, je sais pas forcément mettre les mots clés dans Google pour avoir euh, c'est toujours un petit peu des sites pour tout le monde, si vous voulez ; c'est pas tellement des sites médicaux qui apparaissent en premier donc pour moi c'est pas forcément simple, je perds plutôt mon temps parfois quand je cherche vraiment quelque chose de spécifique. »

10. L'isolement des médecins

Un autre médecin, ayant un exercice isolé, a évoqué le manque de mise en commun dans son travail, qui pourrait améliorer sa connaissance des OAD et faciliter un travail en synergie sur ce sujet.

M7 : « Mais c'est un peu le problème de quand on est **un peu seule**, parce que si j'étais dans une association où il y avait un travail de réflexion [...]. Mais **peut être que si j'étais dans un truc associatif** où on faisait un travail de réflexion sur les outils, bah on pourrait s'appuyer les uns sur les autres. »

11. L'état actuel des connaissances

Un interviewé a évoqué la limite actuelle des connaissances comme frein au développement des OAD et donc à leur utilisation.

M7 : « des informations qui sont très très dures à trouver parce que probablement **il n'y a pas vraiment de consensus clair**, bien défini, ça reste que des avis comme ça un peu contradictoires j'ai fini par trouver l'information mais elle est très parcellaire, elle ne permet pas de prendre une décision [...] donc le frein c'est la complexité de la question, le fait qu'il n'y ait pas vraiment de consensus en amont des recommandations ou alors que la question soit un peu trop spécifique. »

12. La langue (anglophobie)

Un médecin s'est senti limité par l'utilisation d'OAD uniquement francophones.

M7 : « Je fais de la recherche limitée parce que moi **je fais que de la recherche francophone**, c'est assez rare que j'aie me « prendre la tête » à essayer de décortiquer des trucs en anglais que je ne maîtrise pas très bien. »

13. Les OAD utiles seulement aux jeunes médecins ?

Un médecin évoque l'utilisation d'OAD uniquement par les médecins les plus jeunes, ayant le moins d'expérience.

M9 : « Après, je pense que c'est vrai, que c'est le genre de chose qui est bien pour les jeunes médecins, quand on sait pas tout. »

14. La perte de la maîtrise de la décision médicale

Un médecin a évoqué la perte du contrôle de la prise de décision par le recours à des OAD trop directifs.

M10 : « Le problème après, c'est que ces outils deviennent **directifs**. Il faut pas qu'on retourne là-dedans avec les outils. Il faut que les outils restent à leur place [...] Et je trouve que l'outil pourrait être un prétexte à revenir à nos défauts d'il y a trente ans c'est à dire vous avez ça, on vous donne ça. Mais ça risque, ça peut le devenir, donc l'outil doit rester à sa place. Donc je pense

qu'effectivement que quand on utilise un outil il faut savoir, la première chose c'est de se dire, à quoi il sert, quelle va être sa place dans mon quotidien et qu'il ne prenne pas la place du médecin. »

15. La peur de simplifier la médecine

Deux médecins ont parlé de la simplification trop importante des pratiques par l'utilisation des OAD avec la peur de trop standardiser la médecine.

M10 : « C'est un peu dangereux de tout standardiser. »

M11 : « Le problème c'est que quand on est généraliste et tout seul, on est sa propre réflexion, donc parfois l'interprétation c'est difficile et subjectif et il y a toujours des moyens de simplifier la médecine. Donc **j'ai peur parfois, que les outils simplifient un peu trop la médecine.** »

3.8°) Les motivations à l'utilisation des OAD

Les moteurs à l'emploi des OAD regroupent 3 grands thèmes : l'amélioration des pratiques par l'avancée des connaissances médicales (diagnostics, prescriptions...), l'amélioration de la prise de décision et enfin le perfectionnement de l'ergonomie de travail des médecins (gain de temps, traçabilité de la décision, conservation de l'intérêt pour sa pratique).

1. L'amélioration des pratiques

a) L'« *Evidence Based Medecine* » (EBM)

M1 : « avoir de temps en temps **les idées claires**, parce que je pense quand tu es en face d'un patient tout seul, en plus à la limite, si tu voulais, tu pourrais bricoler ce que tu veux en fonction de ce que tu penses, de ce que toi tu crois, de tel ou tel critère. En fait je pense que pour **rester à peu près lucide** il faut qu'on puisse **se rattacher à des documents de référence [...] il faut une base.** »

M2 : « même l'évolution des choses, des données, c'est vrai que ça pourrait répondre à ça [...] il y a aussi le problème [...] des modifications des choses, [...] des recommandations il y en a n, n+1, bon ben y en a beaucoup qui changent régulièrement qui sont remises en cause, donc oui, y a ça dans les limites, **l'évolution des connaissances.** »

M4 : « soigner **correctement** les patients selon **les recommandations**, de bien les suivre. »

M5 : « **combler mes lacunes** [...] quand on n'a pas les connaissances qu'il faut, il faut quand même essayer d'aller chercher une source d'informations qui puisse nous donner une réponse rapidement [...] c'est de soigner correctement les patients selon les recommandations. »

M7 : « C'est **remettre à jour ses connaissances.** »

M8 : « se remettre en question quelque part. »

M10 : « qu'ils nous apportent quelque chose et que ce soit validé [...] et puis de **s'appuyer sur des consensus** [...] ça remet un peu de **rigueur dans la profession**, qui en avait sûrement manqué pendant un bon moment. »

M11 : « Et puis pour moi cette **évolution de la médecine vers la médecine basée sur les preuves**, pour moi, c'est du miel. »

b) La réponse aux questionnements des praticiens

M2 : « connaître les réponses aux problèmes que je me pose. »

M8 : « **m'informer sur des questions** que je me pose soit par rapport à ma pratique, soit par rapport au côté un peu plus scientifique purement dans la prise de décision. »

M9 : « C'est pas mal pour le diagnostic et puis la conduite à tenir aussi avec la thérapeutique [...] des maladies hyper-rares que je me souviens plus, souvent ça m'arrive aussi de regarder pour me remettre à jour. »

M12 : « parce que des doutes, j'en ai tout le temps et je ne supporte pas de rester dans le flou, dans l'interrogation. »

c) La validation de la prescription

M1 : « J'ai l'impression de patauger avec allégresse dans toute la pharmacopée cardiologique. »

M3 : « dans le choix des traitements peut être parce qu'il y a tellement de médicaments différents qu'on a des habitudes. »

M6 : « C'est des sites de prescription et parce que tout change, tout varie, y a des nouveautés, y a des choses intéressantes, y a des choses à ne plus prescrire, des choses à represcrire et des nouveautés à prescrire, donc c'est vraiment pour **être à la pointe au niveau thérapeutique** et pour proposer les médicaments qui ont le meilleur bénéfice-risque [...] donc c'est vraiment une aide à la prescription et une aide à être optimal dans la prescription. »

M7 : « J'ai des attentes très très très fortes sur **la validation des traitements** [...] et puis aussi les **examens complémentaires**. »

M9 : « les interactions médicamenteuses. »

M12 : « bah d'avoir **une décision de traitement**, c'est surtout beaucoup les traitements, de toute façon on soigne ! »

d) Une aide au diagnostic

M9 : « dans l'aide au diagnostic. C'est plus ça dont j'ai besoin avec des arbres décisionnels et la conduite à tenir une fois qu'on a le diagnostic. »

e) Une aide sémiologique

M7 : « J'ai des attentes particulières peut-être plus que d'autres gens par rapport à la clinique. »

f) L'amélioration du suivi par les alarmes

M6 : « Je suis à fond dans la prévention [...] j'ai formaté dans chaque dossier de patient un endroit où tout est indiqué. »

M10 : « baliser un peu les choses dans le suivi. »

g) Vers une pratique réflexive...

M8 : « des temps de réflexion sur sa pratique. »

2. Une prise de décision...

a) Validée

M5 : « Ca amène un petit côté comment dire, **d'être un peu sérieux sur son suivi**, oui d'être rigoureux. »

M7 : « C'est une espèce de devoir minimum de compétence par rapport au patient, d'être l'interface entre la recherche, l'élaboration des bonnes pratiques et puis l'utilisation quotidienne. »

M8 : « Cadrer ma prise de décision. »

M11 : « J'ai besoin de **conforter ma décision** par exemple. »

M10 : « que ce soit validé. »

b) Sécurisée

M3 : « mieux travailler, faire les meilleurs choix par rapport aux patients surtout [...] Avec en plus une **sécurité de l'information** et puis ça permet de rassurer les gens avec des choses qui sont carrées. »

M4 : « C'est bien pour les patients aussi, ça amène de la **sécurité aussi pour le patient**. »

c) Justifiée

M7 : « et puis ça me sert d'outils de discussion par rapport à mes collègues spécialistes aussi, parce que ça me permet de justifier ce que je fais ou de leur demander de **justifier** ce qu'ils font ou de dire bah là, il n'y a pas vraiment de possibilités de justifier donc on va s'en remettre à l'avis de l'expert en qui on a confiance. »

M11 : « donc de pouvoir pratiquer une **médecine basée sur des recommandations euh officielles** même si on peut les critiquer, même si elles manquent quelque fois de solidité, et cætera, c'est quand même un confort d'exercice. »

d) Partagée

M8 : « Il y a aussi tout un tas de choses qui sont de l'ordre du **relationnel** [...] sur l'**interconnexion** avec les paramédicaux, avec les réseaux et cætera. [...] ça a à voir avec la prise de décision parce qu'on décide de quelque chose en en discutant avec les infirmiers, les kinés etc. [...] ça c'est important et c'est relativement nouveau comme idée, enfin on l'a toujours fait nous finalement, voilà le fait de **travailler en groupe** et avec les paramédicaux c'est important. »

e) Vers la traçabilité de la prise de décision

M1 : « la traçabilité dans les dossiers est aussi intéressante d'autant plus que l'on travaille en équipe. »

M4 : « Il y a aussi une traçabilité dans le dossier de ce qu'on a fait. »

M8 : « la traçabilité de ma décision. »

3. L'ergonomie du travail

a) Le gain de temps

M2 : « Il y a aussi le problème du temps. »

M3 : « être aussi plus performante sur le temps. »

M4 : « pour nous de la rapidité et pour vous aussi, les remplaçants, vous pouvez voir exactement ce qui s'est passé sur informatique avec le réseau. »

b) L'amélioration de l'organisation du travail

M8 : « sa façon d'être, sa façon de faire. Et puis plein d'autres choses, l'organisation du travail, du cabinet... »

c) L'intérêt pour sa pratique

M7 : « enfin ça soutient quand même mon intérêt dans le travail tout ça, parce qu'il y a des moments où on s'embête un peu. Ça permet de continuer à avoir une réflexion intellectuelle aussi, une espèce de but, d'objectif quoi. »

d) Les conflits d'intérêts

M8 : « éliminer les histoires de conflits d'intérêts, parce que ça pourrait la vie de la médecine en général. »

4. La médecine de demain ?

M11 : « mais les outils d'aide à la décision sont appelés à mon sens à se développer et je pense que tu as totalement raison de faire ta thèse là-dessus. Les pense-bêtes, les trucs, l'utilisation de l'informatique dans cette optique, c'est très intéressant et puis on peut même imaginer que des médecins ayant la même philosophie puissent mettre facilement en commun ces données-là. »

3.9°) Les limites des OAD

Les limites des OAD définies par les médecins sont nombreuses : l'aspect des OAD (praticité d'utilisation, rapidité, format), la méconnaissance des sites ressources et la validité des informations délivrées.

1. L'aspect

a) La praticité d'utilisation

M2 : « la facilité d'accès. »

M4 : « Non, l'interface est pas facile du tout. »

M5 : « Quand on n'a pas les références précises dans certains domaines, ben on se « galère » peut être un petit peu plus à trouver ce genre de choses. »

M6 : « Moi j'ai pas choisi mon logiciel, [...] je le trouve pas très pratique d'utilisation. »

M9 : « pas assez simples d'utilisation. »

b) La rapidité

M8 : « Ça fonctionne un peu plus rapidement sur mon téléphone, mais ça ce n'est que de la technique qui n'a rien à voir avec la médecine. »

M9 : « au niveau du temps. »

M10 : « Je trouve ça un peu long. »

M11 : « y avoir accès rapidement. »

c) La forme...

• Informatique

M6 : « faut pas tout informatique, on reste des cliniciens, pas des gens qui manipulent l'informatique. »

M8 : « internet entre médecins généralistes et spécialistes, ça ne fonctionne pas bien. »

• Organisée et classée

M12 : « que ce soit mieux organisé. »

2. L'adaptabilité aux pratiques

M2 : « qu'il faudrait **quelque chose qui colle à ma pratique** [...] On a besoin d'approfondir aussi les choses qui nous plaisent pas et c'est même surtout là qu'il faudrait regarder. »

M4 : « C'est peut être une erreur parce que du coup, je reste dans mes habitudes mais pour l'instant je fonctionne comme ça. »

3. La validation des outils

M1 : « le fait d'être remis en cause. »

M8 : « C'est surtout affiner des recommandations et faire qu'elles soient beaucoup plus indépendantes des conflits d'intérêts mais je ne sais pas si ça arrivera un jour. »

4. La connaissance des OAD

a) Où les trouver ?

M7 : « pas assez visibles. »

b) Comment les utiliser ?

M12 : « l'utiliser de façon optimale. »

5. Des outils trop généralistes...

M12 : « C'est que c'est général. »

6. Ou au contraire trop partiels

M3 : « C'est plus difficile de vagabonder, c'est moins généraliste, c'est pour ça que j'aime bien encore le papier. »

M7 : « des choses qui sont des fois un peu parcellaires. »

7. Le manque d'adéquation avec la pratique

M12 : « C'est pas toujours adapté à ton patient. »

M10 : « pas perdre de vue qu'il faut quand même coupler ces outils à la connaissance qu'on a de la personne qui est en face de soit [...] les échelles ne prennent pas toutes les composantes non plus en compte. »

8. La simplification de l'activité

M3 : « que ce soit clair, le plus clair possible. Mais c'est pas évident, la médecine c'est compliqué il paraît. Quand on a des choses compliquées, de trop simplifier on arrive à des erreurs. »

9. La performance des logiciels médicaux

M7 : « Voilà, moi je trouve que de ce côté-là il y a un truc à améliorer, je sais pas comment, mais les alarmes dans les logiciels c'est pas très simple, surtout avec le logiciel que j'ai actuellement. [...] Par exemple, sur le dossier informatique moi je crois que **mon logiciel a vraiment de très grosses limites** mais je sais qu'avec d'autres logiciels, si on met le paquet pour s'en servir aussi, il peut être exploité, si on fait rentrer les trucs dans les alertes et tout et tout quoi. Enfin moi, je sais pas trop, je ne suis pas spécialisée là-dedans mais je pense que tout ce machin d'aide-mémoire ça pourrait être **optimisé** un petit peu. »

10. Les OAD ne remplaceront jamais les médecins

M9 : « enfin en même temps, si on met tout dans l'ordinateur, tous les symptômes et que ça nous sort quelle est la maladie et quel traitement il faut faire et quelle prise de sang il faut faire, enfin **je vois pas bien l'intérêt qu'on soit là. Enfin si**, il faut bien examiner quand même. »

M10 : « Voilà je pense qu'il ne faut **pas que l'outil se substitue au médecin**, c'est complémentaire [...] Je crois qu'il faut bien garder à l'esprit que ce sont des outils d'aide et que ça doit pas être des outils qui remplacent le médecin, je trouve que ça, c'est dangereux [...] Je pense que le mé-

decin doit garder son esprit critique et son adaptabilité en tout cas à la personne, voilà quoi l'outil doit rester à sa place. [...] Donc je pense qu'effectivement que quand on utilise un outil il faut savoir, la première chose c'est de se dire, à quoi, il sert, quelle va être sa place dans mon quotidien et **qu'il ne prenne pas la place du médecin.** »

3.10°) Les critères d'un outil idéal

Les principaux critères évoqués peuvent être distingués en 4 grandes catégories : tout d'abord la gratuité, puis la fonctionnalité de l'outil (facile d'utilisation, rapide, surtout informatique, synthétique, validé), ses modalités d'élaboration et enfin ses capacités.

1. La gratuité

La gratuité est évoquée comme un élément insignifiant par 5 médecins interrogés contre 4 qui considèrent ce critère comme déterminant.

a) Un élément négligeable...

M7 : « C'est à dire que moi **ça me gêne pas de payer** mais pour le coup il faudrait vraiment que j'établisse ma confiance avec l'outil. »

M8 : « non parce que ça m'arrive de dépenser des sous pour acheter des bouquins quand même, mais je pense que pour un jeune médecin... »

M9 : « Je ne me suis jamais posé la question [...] Mais pourquoi pas, après je vous dirais pas de prix, mais comme un abonnement à une revue. **C'est pas un élément primordial** tant que ce n'est pas exorbitant. »

M10 : « non, s'il fallait que je paye je m'en fiche, si c'est vraiment un truc intéressant **il n'y a pas de souci.** »

M11 : « Mais si *Prescrire* par exemple ou l'Unaformec mettaient à disposition un outil vraiment pratique et payant, **je paierais bien sûr.** »

b) Mais pas pour tous

M5 : « et puis qu'il soit **gratuit.** »

M8 : « la gratuité d'internet ça c'est clair que c'est un truc intéressant. Je ne pense pas payer quoi que ce soit sur internet pour avoir des informations. »

M11 : « **essentiel !** »

M12 : « euh oui, oui, parce que **je trouve qu'on paye déjà tellement !** [...] Mais c'est hallucinant quand t'es médecin, quand tu veux un truc que ce soit du matériel médical ou quoi que ce soit... tout de suite c'est hors de prix [...] Donc ce serait bien que ce soit un peu moins cher et donc moins lourd pour nous. »

2. La fonctionnalité de l'outil

a) La facilité d'utilisation

M1 : « un outil à peu près **pratique**. »

M3 : « c'est que ce soit utilisable de **manière facile et rapide**. »

M4 : « utilisable en consultation [...] Mais il faut que ce soit fait pendant la consult' sinon je pense que dans 95 % des cas c'est pas fait [...] il faut que ce soit **concis, efficace, clair**. »

M5 : « dont on peut avoir **accès facilement** [...] une facilité d'accès, quelque chose de rapide et des propositions concises et adaptées avec un résumé un petit peu de tous les points de prise en charge par rapport à un problème donné. »

M6 : « très facile d'accès et d'utilisation. »

M10 : « faisable par les gens. »

M12 : « facile d'accès. »

b) La rapidité d'utilisation

M1 : « Rapidement accessible. »

M3 : « c'est que ce soit utilisable de manière facile et rapide. »

M5 : « quelque chose de rapide. »

M7 : « utilisable en consultation. »

M8 : « quelque chose d'assez rapide. »

M10 : « pas trop chronophage. »

c) L'aspect

- **Concis**

M4 : « bah de la concision. »

M5 : « des sources d'informations qui vont être claires, euh concises et synthétiques. »

- **Reproductible**

M10 : « reproductible. »

- **Sous forme de fiches**

M5 : « qui du coup soit avec **des protocoles ou des fiches de pratique** [...] avec une démarche claire et nette avec des critères diagnostiques, les examens complémentaires qu'il faut faire ou pas et puis les traitements à suivre, ça c'est optimal. Quand on peut tomber là-dessus, ça c'est super. »

- **La forme**

- **Informatique**

M1 : « Oui, je pense qu'au bout d'un moment si j'étais sûre de savoir d'emblée où aller chercher **l'accès internet serait plus facile** et je pense que je ne dois pas être la seule de ma génération à avoir ce problème. »

M5 : « De nos jours **internet je pense que c'est quand même optimal**, parce que surtout quand tu es remplaçant tu peux le retrouver partout où tu remplaces [...] Mais c'est vrai que quand t'es remplaçant c'est vrai qu'internet c'est universel et puis c'est dématérialisé donc tu l'as partout

avec toi. Et puis un outil informatique plutôt parce que internet c'est surtout sur le moment de la consultation c'est ce qui va t'aider le plus rapidement et immédiatement. »

➤ **Papier**

M5 : « après, si tu es installée je pense que ça peut être un peu différent si tu sais que tu as tes bouquins sur place ou tes revues donc voilà [...] après je pense que les versions papier et les revues peuvent te permettre de compléter en dehors de ton temps de consultation ta formation et d'acquérir des connaissances qui pourront te permettre après de prendre ta décision plus facilement lors d'une autre consultation [...] puis après éventuellement soit de le classer ou de le scanner et de le dématérialiser pour y retourner plus facilement que de passer après du temps sur internet à le rechercher dans les dédales du net. »

3. Les modalités d'élaboration

a) La validité de l'information

M1 : « **de source clairement établie** [...] Donc de source établie par l'organisme qui a établi l'outil, dans quelle filière, en combien de temps, sur combien de patient ? »

M3 : « que ce soit **validé avec des études valables derrière**, des choses concrètes, parce qu'il y a différentes choses quand même, on a **des recommandations de plus ou moins bon niveau d'expertise**, ça peut être juste des choix d'experts, ça peut être vraiment parce qu'il y a des études qui ont montré des choses précises, mais ça on n'en a pas beaucoup, c'est ce qui manque un peu. »

M4 : « alors aussi si j'ai un outil il faut savoir **sur quoi un outil est basé**. Si c'est basé sur des recommandations officielles ou pas. Oui moi dans mes recherches je regarde systématiquement d'où ça vient, si ça vient d'une fac, d'études particulières, de l'HAS et le grade de recommandation et puis voilà. »

M5 : « qui **reprennent les recommandations et qui soit validé**. »

M7 : « après, dans les modalités de traitement, bah oui je préfère **que ce soit validé** dans la mesure où on peut **faire confiance à la validation**, c'est ça aussi le truc qui n'est pas très simple. »

M10 : « il faudrait qu'il soit **fiable**. »

M12 : « **certifié** [...] validé par l'HAS ça me donnerait confiance. Bon après si il y a l'*EMC*, les *Archives de pédiatrie*, si ça vient de *Prescrire*, là oui je fais confiance, par contre si ça vient du *Quotidien du Médecin* je fais pas tellement confiance parce que je me dis que ça peut être **biaisé par la publicité pharmaceutique, il y a des conflits d'intérêts**. »

b) La datation de l'information, les mises à jour

La nécessité de mises à jour avec une information récente et datée est signalée par 4 médecins.

M1 : « J'attendrais une **datation** aussi car il y a toujours une **évolution**. »

M5 : « avec **des mises à jour régulières** effectivement parce que les recommandations changent un peu tout le temps quand même. Et puis c'est pas bien de tomber sur des recommandations qui datent de Matusalem donc quand ça peut être un peu plus frais, c'est mieux. »

M6 : « c'est intéressant de **se mettre à jour**. »

M8 : « peut être sur la **mise à jour des connaissances**, quelque chose qui soit réactualisé peut être du coup, des choses qui soient mises à jour [...] Donc quelque chose qui soit réactualisé par

rapport à la thérapeutique et aux nouveaux traitements. Donc quelque chose qui soit plus mis à jour que notre tête quand on n'a pas le temps de faire autre chose. »

4. L'amélioration des pratiques

a) Le suivi

M2 : « la **traçabilité dans le dossier** [...] Là où je me suis fait une réflexion, c'est sur les vaccins, sur les numéros de téléphone, pour les adresses c'est peut être moins importants si finalement on a les téléphones. Là c'est vrai je me suis déjà fait la réflexion sur les coloscopies, les trucs comme ça, les dépistages mais la plupart ça se fait tout seul au moins les principaux. »

b) L'apport de nouvelles connaissances

M4 : « **calculer les risques cardiovasculaires**. Parce qu'on se rend compte que parfois on les néglige un peu même [...] c'est pas une évaluation assez fine par rapport à l'étude de Framingham. »

M6 : « donc c'est vrai que c'est intéressant de **se mettre à jour**. »

M10 : « qu'il m'apporte quelque chose. »

c) Le perfectionnement de l'examen clinique

M7 : « de toute façon par rapport à la partie recherche sur la clinique ça c'est très intéressant de lire les articles sur la clinique parce que chacun écrit sa propre clinique, mais tu te rends compte que l'examen clinique n'est pas quelque chose de figé et ça évolue. [...] Donc ça de ce côté-là, de lire des articles pour se faire une opinion clinique, ce qui peut être utile c'est d'avoir des signes validés. »

d) La décision partagée avec le patient

M4 : « et en plus c'est assez visuel donc ça permet de **montrer ça aux patients** par exemple [...] c'est une aide à la décision pour le médecin mais c'est aussi visuel pour le patient, parce que ces outils peuvent être des aides pour le médecin et pour le patient aussi pour voir ce qui se passe exactement et les conforter dans une **décision thérapeutique mutuelle** si on peut. »

5. La centralisation des informations

M11 : « L'idéal, ce serait de mettre toute la documentation qui nous est utile en consultation dans une vaste corbeille, une « *drop box* » et il suffirait de taper un mot pour retrouver ce qu'on cherche [...] tout **concentrer et indexer au même endroit**. »

6. L'aspect médico-légal

M1 : « l'aspect médico-légal qui est un aspect auquel je n'ai pas été très sensibilisée et sur lequel il faut être vigilant. »

7. La notoriété de l'outil

M5 : « un outil que je connaisse (*rires*). Enfin en tous cas dont j'ai entendu parler et dont j'ai vu l'utilisation. »

8. La multiplicité des OAD

Un médecin a parlé de sa préférence pour multiplier les OAD afin d'augmenter les sources d'information et ainsi de recouper les données.

M7 : « je préfère qu'il y ait **plusieurs outils et recouper les trucs** parce que finalement ça me rassure plus. »

9. Un OAD parfait... une utopie ?

M7 : « ah... non, moi je crois pas que ça existe. »

M8 : « oh, ça je ne pense pas que ça existe, donc je n'en attends pas grand chose. »

10. Vers une base de données...

M3 : « **une base de données** c'est bien, c'est pratique pour gérer des informations compliquées. Si ça existait ce serait bien. Mais il y en a un petit peu dans certains sites de faculté, sur le site de l'HAS y a pas de mal de choses aussi, pas mal d'informations. »

M6 : « faire **un site universel, spécifique pour les médecins**, qui réunissent tous les sites validés quoi. Une espèce de **moteur de recherche** mais que pour les médecins. »

M11 : « si j'avais un **moteur de recherche** dans mon ordinateur qui me retrouve directement ce que je recherche, ça irait plus vite et ce serait formidable [...] on peut même imaginer que des médecins ayant la même philosophie puissent mettre facilement en commun ces données-là. »

4. DISCUSSION

4.1°) Les limites méthodologiques

1. Le choix de la recherche qualitative

La recherche dite qualitative (18) est une technique de recherche basée sur la découverte et la construction de sens sur une thématique donnée. Il s'agit d'une démarche de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignage ou d'entretien. Le but principal est de construire du sens, de conceptualiser une donnée, et non de compter ou de quantifier quoi que ce soit.

Elle implique un contact personnel avec les sujets interrogés par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les environnements où évoluent ces personnes. Elle est qualifiée de qualitative d'une part par les instruments et les techniques utilisés pour recueillir les données (entretien, témoignage, « *focus-group* »), d'autre part par les méthodes d'analyses de ces données. Le but est d'extraire l'essence même de la pensée de l'interviewé, les idées qu'il a voulu développer, plutôt que d'extraire des chiffres ou des statistiques.

Selon Dey (21), la technique de l'étude qualitative repose sur un triangle associant :

- la description : toute analyse qualitative repose sur des données "riches", sinon on ne peut pas correctement interpréter le sens d'une observation,
- la classification ou "réduction" des données selon différents principes de codage (la masse des données est énorme, avant l'analyse il faut structurer et pendant l'analyse il faut restructurer),
- et enfin la connexion : mise en rapport des catégories (selon différents principes et techniques), le but étant de construire des "visualisations" d'ensemble.

Afin de prouver que ces éléments interagissaient entre eux, Dey a symbolisé cela sous la forme d'un cercle :

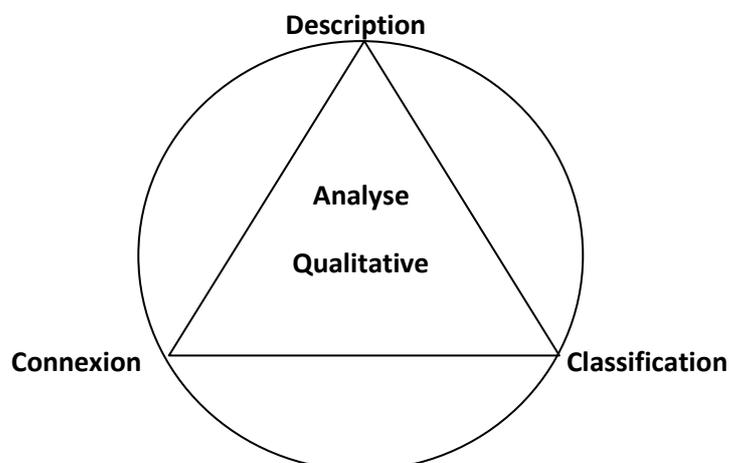


Figure 2 : Dey, I. (1993). *Les données de l'analyse qualitative (Qualitative Data Analysis)*. Routledge, London.

Il a également représenté cela sous une forme dynamique, preuve que l'étude qualitative est toujours en mouvement.

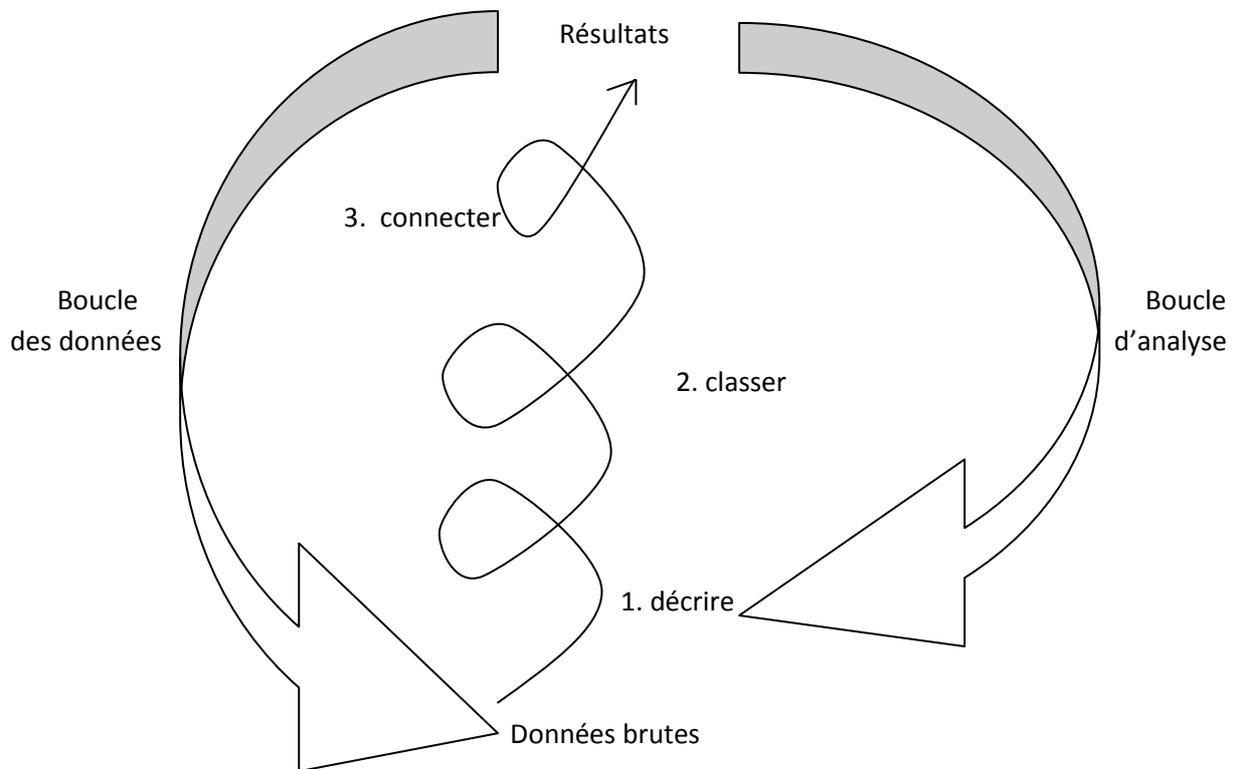


Figure 3 : Dey, I. (1993). *Les données de l'analyse qualitative (Qualitative Data Analysis)*. Routledge, London.

Ce schéma montre la circularité de la démarche :

- classer et connecter les données,
- puis si nécessaire relire et/ou produire de nouvelles données.

L'enquête réalisée visait à découvrir les représentations et les pratiques des outils d'aide à la décision en consultation des médecins interrogés.

Le choix d'une enquête qualitative s'est fait naturellement, ce type d'étude semblant le plus adapté au sujet de ma thèse.

2. Le choix des entretiens semi-dirigés

Geertz (22) définit en 1973 le concept de description dense « *thick description* », par opposition à la « *thin description* ». Si la seconde recouvre une description principalement des faits, la première, à la base selon lui de l'étude qualitative, regroupe les informations recueillies dans un contexte, des intentions et des significations. Ainsi cette description englobe le contexte de l'action, les intentions de l'acteur mais également le processus dans lequel l'action se fait.

L'entretien semi-dirigé répondait bien à cette définition. Elle était la technique la mieux adaptée pour décrire, analyser et comprendre le ressenti des médecins interrogés.

Quatre usages sont classiquement définis avec l'entretien semi-directif :

- obtenir l'information,
- élargir son champ de connaissance et de compréhension,
- influencer et agir sur la personne,
- et enfin favoriser l'auto-évaluation.

L'entretien semi-directif permet une plus libre expression du sujet interrogé tout en se basant sur un guide d'entretien, servant de trame.

Les entretiens semi-dirigés permettent d'obtenir des informations, d'élargir son champ de connaissance et de compréhension. Ils facilitent l'exploration d'un positionnement personnel de l'interviewé (18).

Avec des entretiens libres, le risque de hors-sujet aurait été trop grand et ils n'auraient pas permis d'aborder tous les thèmes recherchés ni de les approfondir suffisamment.

Les entretiens directifs n'auraient permis d'explorer que les aspects attendus et anticipés par l'investigateur, tout en restreignant les réponses.

L'entretien est la rencontre de deux personnes, l'enquêteur et l'enquêté, la qualité de cette rencontre dépendant de ce que l'interviewé veut bien donner à entendre à l'interrogateur.

Les réponses sont obligatoirement influencées par les caractéristiques de la personne interrogée (son âge, son sexe, ses connaissances, ses croyances religieuses, intellectuelles..., son histoire...) Mais l'entretien est également orienté par la personnalité de l'interlocuteur. En l'occurrence, une jeune médecin femme. Le médecin interrogé a pu se sentir investi du rôle de professeur à mon égard en exprimant ses connaissances à l'enquêtrice encore peu expérimentée, ou au contraire avoir peur d'être jugé par une consœur.

Par ailleurs, un autre biais est apparu au fur et à mesure des entretiens. L'acquisition d'aisance dans la technique de l'entretien semi-dirigé s'est fait sentir. Cependant, ce biais semble inhérent à la pratique et a pu également permettre d'améliorer les résultats des interviews.

D'un point de vue technique, d'autres difficultés émergent :

- la difficulté relative de canaliser quelques fois les propos des médecins interrogés qui s'éloignaient du sujet. Ainsi, plusieurs d'entre eux évoquent des OAD utilisés en dehors de la consultation comme des revues médicales, des examens complémentaires ou même une personne ressource qui réalisait des recherches médicales pour le médecin,

- lorsque les médecins abordaient spontanément une question, elle n'était pas posée,
- enfin, on peut supposer que certains commentaires ont été oubliés ou éludés par les médecins, volontairement ou non.

Cependant, malgré ces biais inhérents à cette méthode, l'enquête par entretien semi-dirigé était la technique la plus adaptée à cette étude.

3. La critique de l'échantillon

L'échantillon fut composé de douze médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans le Loiret. L'échantillon raisonné était donc intentionnellement non randomisé. Le choix était porté principalement sur la qualité présumée des interlocuteurs et sur leurs profils différents. Les critères choisis furent l'âge, le sexe, le mode d'exercice, la localité d'activité. Le but est d'obtenir un échantillon le plus divers possible et par conséquent des réponses variées.

Il n'y avait volontairement que des médecins travaillant en ambulatoire.

Le choix des médecins s'est fait au fur et à mesure des entretiens.

Pour choisir les médecins correspondant aux critères fixés, différentes techniques ont été utilisées :

- par connaissance personnelle : M1, M2, M5, M7, M12,
- conseillés par des relations professionnelles : M8, M10,
- par connaissance du nom et des critères du médecin : M11,
- en recherchant sur les pages jaunes des médecins ayant des critères permettant de compléter le panel :
 - un homme exerçant une activité semi-rurale rurale en association : M4,
 - une femme exerçant une activité semi-rurale en association : M3,
 - un homme exerçant une activité urbaine en association : M6,
 - une femme exerçant une activité rurale en association : M9.

Une remplaçante a été incluse car travaillant souvent sur les mêmes cabinets. Elle était amenée à utiliser les OAD des médecins remplacés mais également à se créer sa propre liste d'OAD qu'elle apportait dans chacun de ses lieux d'exercice.

Un autre biais dans la sélection de l'échantillon est l'absence de médecins non informatisés, ceux contactés ayant décliné l'invitation. Ce refus était expliqué pour deux d'entre eux par le manque de temps et pour le dernier par la méconnaissance du sujet. On peut également supposer que la crainte d'être jugé sur leur absence d'informatisation et par la même, sur leur non-utilisation en consultation d'outils informatiques sont une des clés de leur refus de participer aux entretiens.

4. La critique du choix du lieu des entretiens

Le lieu de rencontre fut laissé libre au choix du médecin, lors de la prise de contact téléphonique, tout en privilégiant un endroit calme et propice à la concentration. Je privilégiais un rendez-vous sur leur temps libre ou après leurs consultations afin de ne pas avoir à raccourcir l'entretien faute de temps.

La répartition des entretiens a été la suivante :

- au domicile de l'interviewer : 1,
(collègue remplaçante sans lieu d'exercice fixe, lieu d'entretien décidé d'un commun accord)
- au cabinet du médecin interviewé : 8,
- au domicile du médecin interviewé : 2,
- autre lieu (café) : 1.

Deux biais sont apparus :

- le premier étant la rencontre faite au domicile de l'interviewer, sur la demande du médecin M5 et le second dans un café avec le médecin M3. On peut supposer un entretien quelque peu biaisé puisque les lieux des interviews n'étaient pas neutres, même si tout a été fait pour avoir des réponses les moins orientées possibles.
- le second est que certaines interviews ont été entrecoupées de communications téléphoniques, ce qui perturbait le fil des idées du médecin et celui de l'entretien.

5. La critique de la trame d'entretien

La trame d'entretien avait été réalisée au préalable, en prévoyant des relances pour pallier plusieurs cas de figure comme l'incompréhension des questionnements, l'absence de réponse ou des réponses incomplètes. L'ordre des questions respectait le cheminement de rencontre entre deux personnes qui ne se connaissaient pas forcément. Plus on avançait dans l'entretien, plus le médecin interrogé était à l'aise et plus les questions se concentraient sur le sujet des OAD.

La retranscription rapide des entretiens devait permettre de modifier cette trame en cas de besoin. Et en effet, au fur et à mesure des entrevues, deux questions furent ajoutées. Tout d'abord la problématique de la gratuité des outils puis la présence d'une connexion internet à haut débit sur leur lieu d'exercice. Ces deux thèmes firent l'objet de deux nouvelles questions à partir du cinquième entretien, ce d'autant qu'ils venaient spontanément dans les réponses des médecins interrogés.

Il fut tout de même décidé de conserver les quatre premiers entretiens, les réponses étant pertinentes et uniques.

La réponse sur la présence d'une connexion à haut débit sur le lieu d'exercice des 4 premiers médecins fut obtenue rétrospectivement par appel téléphonique ou par ma connaissance propre de leur informatisation.

6. La critique de la méthode d'enregistrement et de retranscription des entretiens

L'enregistrement des entretiens fut réalisé avec un dictaphone numérique après obtention d'un accord oral du médecin interrogé. Ce mode d'enregistrement permettait une plus grande précision du recueil des propos tenus et leur restitution intégrale.

Les entretiens furent retranscrits le plus rapidement possible après les rencontres afin de restituer tous les éléments de ces interviews y compris les éléments non verbaux (mimiques, attitudes, sentiments) exprimés par les médecins.

Le passage de l'oral à l'écrit a nécessité l'ajout de ponctuation et quelques fois même de réadapter certaines tournures de phrase afin d'en améliorer leur compréhension. Ces modifications furent réalisées a minima et toujours sans modifier le sens des propos afin de rester au plus près de la nature-même des dires des médecins.

7. La critique de l'analyse du contenu

Afin de réaliser ce type d'entretien, il est nécessaire d'établir au préalable un guide d'entretien, de réaliser les entrevues, d'analyser leurs contenus et enfin de produire des résultats.

Pour établir les thèmes et construire la grille d'analyse, il faut procéder à la lecture des entretiens un à un, il s'agit bien d'une lecture et non d'une analyse du contenu. L'identification des thèmes et la construction de la grille d'analyse s'effectue à partir des hypothèses descriptives de la recherche, éventuellement reformulées après lecture des entretiens et parfois même au cours de la réalisation de ceux-ci.

Comme le guide d'entretien, la grille d'analyse doit, autant que possible, être hiérarchisée en thèmes principaux et secondaires, de manière à décomposer au maximum l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de signification, et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées.

A la différence du guide d'entretien, qui est un outil d'exploration, la grille d'analyse est un outil explicatif, visant à la production de résultats.

L'analyse des entretiens a donc été réalisée par lecture et relecture des retranscriptions. Seulement, ce type d'analyse reste toujours subjectif, certains sujets ayant même été mis de côté, bien qu'intéressants, mais jugés trop éloignés du sujet de la thèse.

8. La reformulation de l'hypothèse de recherche

L'hypothèse de recherche initiale était : les médecins généralistes utilisent des outils d'aide à la décision médicale et perçoivent une facilitation de leur pratique et une amélioration de leur qualité de soins par leur utilisation.

Cependant, cette hypothèse part du principe que tous les médecins utilisent des OAD en consultation. Toutefois, même si lors de mes entretiens je suis arrivée à cette conclusion, les résultats étaient biaisés : échantillon de faible puissance, absence de médecin non informatisé ou ne se formant pas.

Il serait donc préférable de reformuler mon hypothèse de recherche de la façon suivante : les médecins généralistes qui utilisent fréquemment des outils d'aide à la décision médicale, perçoivent une facilitation de leur pratique et une amélioration de leur qualité de soins par leur utilisation.

4.2°) Une lacune dans la formation médicale

1. Initiale

L'apprentissage des OAD par le biais de leur formation médicale initiale est évoqué par 4 médecins :

- 3 au cours de leur formation universitaire,
- 2 au cours de leurs stages ambulatoires lors de leur internat, un même médecin étant présent dans ces 2 groupes.

Ces médecins sont tous âgés de moins de 40 ans, cependant, la découverte des OAD pendant leur cursus universitaire n'est pas évoquée par toute une classe de médecins, ni même par certains professionnels de moins de 40 ans.

Deux éléments peuvent expliquer cela :

- tout d'abord la variabilité de l'apprentissage en fonction des facultés où les médecins ont réalisé leur formation médicale initiale,
- mais aussi de l'appétence de certains médecins pour les OAD et notamment les outils informatiques.

Il semble donc exister une lacune dans la formation médicale initiale. Le thème des outils d'aide à la décision n'apparaît pas dans le programme de l'ENC ni dans les objectifs des études de troisième cycle de médecine générale.

Néanmoins, on peut penser ou du moins espérer que cette observation n'est pas applicable aux plus jeunes d'entre nous.

Les nouvelles générations de médecins sont beaucoup plus portées sur l'informatisation et l'utilisation d'internet au cours des consultations. L'on peut espérer qu'en réalisant cette étude dans quelques années, l'apprentissage des OAD se sera généralisé au cours des études médicales.

2. Continue

La découverte des OAD s'est faite de différentes façons :

- au cours de formations médicales pour 5 des médecins interrogés. Lors de formations centrées sur les OAD ou bien portant sur d'autres sujets pour lesquels les intervenants aussi bien que les participants donnaient les références d'outils d'aide à la décision,
- par le recours à des collègues pour 5 médecins (bouche à oreilles, conseils d'un confrère spécialiste),
- par la lecture de revues médicales pour 4 professionnels questionnés et même par l'incitation publicitaire d'une revue à utiliser son propre outil. Les principales

revues citées sont *Prescrire* à laquelle 8 médecins sont abonnés et la *Revue du Praticien*, lues par 7 médecins,

- par la recherche personnelle pour 4 autres médecins,
- un médecin évoque même le hasard pour découvrir de nouveaux OAD.

Les médecins qui font référence à la découverte des outils au cours de leur formation continue ne sont pas les mêmes médecins qui évoquent eux, l'apprentissage des OAD au cours de leurs études médicales. On peut parler de différence générationnelle entre ces deux modes de découverte, les médecins les plus âgés n'ayant pu les intégrer lors de leur formation initiale.

La majorité des médecins interrogés (7 sur 12) se plaignent de ne pas savoir où trouver les sites ressources d'OAD, ce qui constitue même le principal frein à leur utilisation. La plupart d'entre eux les découvrent dans des revues médicales. Cependant, il semble que le hasard et la recherche personnelle soient également d'autres moyens de découvrir des OAD peut-être plus adaptés au mode de fonctionnement du médecin qui les sélectionne.

Par ailleurs, aucun des médecins interrogés n'évoque les protocoles, qui sont pourtant monnaie courante à l'hôpital et font partie d'une autre catégorie d'OAD. Ils permettent aux praticiens de s'appuyer sur une méthode validée par un corpus de médecins et applicable à une situation donnée. Ils reposent majoritairement sur des recommandations officielles de la HAS ou des sociétés savantes, Collèges de spécialité. Le reproche que l'on peut leur faire est la standardisation du patient et de la situation dans le sens d'une norme universelle. Ces protocoles ne prennent en effet pas compte du libre arbitre du patient, de son entourage ou d'autres facteurs extérieurs. Ces OAD sont donc plus facilement utilisables à l'hôpital où, par définition, le patient est coupé de son environnement habituel. En ville, je n'ai pas encore rencontré de protocoles interprofessionnels qui pourraient pourtant tout à fait rentrer dans le cadre des OAD utiles aux médecins généralistes (par exemple : conduite à tenir devant une anomalie sur un frottis cervical).

Il n'y a pas de standardisation du mode de fonctionnement des médecins généralistes. On les laisse se construire eux-mêmes leur formation tout au long de leur vie professionnelle sans qu'il n'y ait de contrôle, d'aide ou de suivi. Au contraire, leur formation initiale suit des objectifs standardisés, qui ne semblent par ailleurs pas toujours adaptés à leur vie professionnelle future ni à leurs espérances.

Chaque professionnel se crée donc son corpus d'analyse sans regard extérieur ni assistance, ce qui semble encore assez archaïque, à l'aune du DPC.

4.3°) Se construire un développement professionnel continu (DPC)

1. Qu'est-ce que le DPC ?

L'objectif serait que tout médecin se crée un portfolio dans le cadre de son développement professionnel continu (DPC) afin d'accumuler en un seul et même lieu toutes les traces de son apprentissage.

Les concepts d'évaluation des pratiques (EPP) et de formation médicale continue (FMC), ancêtres du DPC, se référaient, de manière séparée, à l'amélioration des connaissances et des aptitudes des médecins d'une part et à l'évaluation des pratiques d'autre part. En revanche, le concept de DPC implique un programme personnel d'apprentissage, plus global. Il fait partie de la responsabilité éthique de chaque médecin.

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (23) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Cet article pose le principe selon lequel « le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins. »

Le DPC comporte donc l'analyse, par les médecins, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Ceci constitue une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de développement professionnel continu.

Le DPC repose donc sur trois éléments déterminants (24) :

- le recueil et l'analyse de sa pratique individuelle,
- la confrontation à un référentiel,
- et enfin l'accompagnement du médecin : le suivi dans le temps des conséquences et des répercussions des informations et des connaissances acquises.

Le Collège de la Médecine Générale (25) propose une définition du DPC comme une démarche continue d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle. Il concerne tous les champs de la pratique professionnelle : le soin, l'organisation du cabinet médical, l'éthique, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé... Il associe des démarches de questionnements sur sa pratique réelle et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de « pratiques réflexives ». Cela repose sur le développement de l'autonomie du médecin à construire son plan de DPC, en tenant compte des

problématiques de santé de la population qu'il soigne, et des principes et fonctions de sa discipline.

Les programmes de formation seront caractérisés par une méthode validée par la Haute Autorité de Santé et correspondront à des orientations, soit nationales et préalablement définies par un arrêté ministériel sur propositions des commissions scientifiques, soit régionales et fixées par l'Agence Régionale de Santé et sur le site internet de la HAS. Ces programmes seront proposés par des organismes de développement professionnel continu et en ligne sur le site de l'OGDPC. Toutefois, il semble que les priorités régionales sont suspendues pour l'instant.

Le contrôle du respect de l'obligation de formation sera assuré par ailleurs par les Conseils de l'Ordre.

L'intérêt de ces formations est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins au quotidien, mais également de s'adapter aux évolutions du contexte professionnel et enfin et surtout de faciliter l'exercice des médecins, l'échange entre les professionnels.

Ainsi l'utilisation des OAD pourrait émerger comme thème de DPC :

- le médecin rechercherait des OAD et se formerait à leur utilisation : par exemple recherche des outils basés sur l'étude de Framingham, après avoir analysé une mauvaise gestion du risque cardio-vasculaire de ses patients,
- puis il suivrait l'évolution de sa pratique par l'utilisation au quotidien de ces OAD.

Cette réforme offre une formation plus variée et mieux adaptée à l'exercice des médecins, à leurs préférences et à leurs besoins. En effet, l'amélioration des pratiques médicales et soignantes ne repose pas uniquement sur de la formation traditionnelle ou magistrale, mais aussi sur l'évaluation des pratiques professionnelles : le DPC allie ces deux dimensions. Il y ajoute en plus l'analyse des pratiques de chacun et le suivi de ces pratiques dans le temps.

Des obstacles persistent toutefois avec l'émergence du DPC (24, 27) :

- tout d'abord la limitation du nombre de jours de DPC rémunérés,
- une opacité et une dérégulation de la formation qui risquent de voir émerger d'autres formes d'apprentissage notamment privées, sous tendues par l'industrie pharmaceutique,
- et enfin la mise en danger des structures de formations continues existantes.

Dès lors, plusieurs problèmes apparaissent :

- comment se créer un portfolio ?
- où et comment stocker une information de qualité ?
- comment accéder aux données recueillies ?

2. Comment se créer un portfolio ?

La formation médicale continue revêt différents aspects pour les médecins interrogés :

- une formation personnelle où chacun va chercher une information selon ses questionnements mais également selon ses centres d'intérêts : lecture de revues médicales, recherche individuelle, livres médicaux, formations en ligne interactives,
- une formation collective lors de séminaires médicaux développés par les différentes structures scientifiques de médecine générale (FMC nationales), lors de formations locales (soirées, séminaires), groupes de pairs,
- voire même pour certains lors de soirées organisées par l'industrie pharmaceutique.

Cependant, avec la création et l'obligation pour tous médecins de se former par le biais du DPC, la formation médicale continue lors de séminaires indemnisés va être amenée à évoluer (limitation par exemple du nombre de jours de formation rémunérés). Chacun devrait se former par lui-même en évaluant les lacunes dans sa pratique et non plus seulement selon ses questionnements ou son intérêt pour un domaine médical particulier.

Ses recherches devront être construites et s'appuyer sur des données validées. Mais comment se créer ce stock de données et où chercher ces informations ?

La majorité des médecins interrogés avoue utiliser les OAD car ils perçoivent une amélioration de leurs pratiques, mais cette même majorité éprouve des difficultés à trouver les OAD.

La plupart semblent avoir découvert les OAD au cours de leur formation médicale initiale ou continue, ou tout simplement par le bouche à oreilles entre collègues. Certains les découvrent par tâtonnement au cours de recherches personnelles, voire, pour un médecin, par hasard.

Mais plus de la moitié avoue une méconnaissance des sites ressources constituant un frein à l'utilisation des OAD. Ainsi avec la diminution possible des séminaires ou formations tels que nous les connaissons, c'est une possibilité d'apprentissage et de découverte des OAD qui va disparaître également. La formation professionnelle va donc conduire à une autonomie de travail plus personnelle avec l'identification par le médecin de ses besoins de formation, et une responsabilisation par le suivi de l'impact de ces formations dans sa pratique.

Dès lors la création d'un portail regroupant des OAD validés semble évidente afin de permettre au plus grand nombre d'acquérir le plus rapidement possible de nouveaux outils, stockés en un seul et même lieu, dans lesquels les médecins pourraient avoir confiance. Une sorte de base de données où chacun pourrait venir piocher, quand bon lui semble, les outils qui pourraient améliorer son exercice au quotidien. C'est ainsi que chacun se créerait son propre répertoire ou portfolio d'OAD.

La traçabilité des formations mais également le stockage des données sont d'autres éléments majeurs mis en exergue par l'évolution de la formation médicale continue.

3. Où et comment stocker une information de qualité ?

a) Sous forme papier

Dans cette étude, un seul médecin évoque un outil sous forme papier comme un critère déterminant un outil de qualité, car selon ce médecin cette forme permet un meilleur accès à l'information avec la possibilité éventuelle de classer ces outils. De façon surprenante il s'agit du médecin le plus jeune qui est également remplaçante. Cela peut se justifier par la nécessité d'avoir en permanence avec elle ces différents OAD qui peuvent ainsi la suivre dans chacun de ses lieux d'exercice. Une forme informatique et donc dématérialisée pourrait apparaître comme plus pratique au quotidien.

Cependant, quelques médecins semblent encore récalcitrants à l'utilisation au quotidien de l'informatique.

Un outil papier est d'ailleurs utilisé au quotidien par 9 des médecins interrogés. Ils justifient ce recours de plusieurs façons :

- il peut s'agir de médecins réfractaires à l'informatique pour qui la forme papier est plus rassurante car disponible en temps réel et palpable : M1,
- la lecture de revues n'existant que sous cette forme avec éventuellement un classement des articles utiles au médecin pour sa pratique : M6,
- l'utilisation de livres achetés au cours de leur formation initiale ou continue, auxquels les médecins ont recours pendant leur consultation : M2, M6, M7,
- l'emploi d'échelles, plus facilement malléables sous cette forme à la fois pour le médecin et le patient : M1, M12,
- les recommandations ou fiches pratiques que le médecin peut laisser au patient en fin de consultation.

Néanmoins, plusieurs problèmes sont soulevés par l'utilisation de ce moyen de stockage :

- le volume et la place nécessaires pour entreposer cette information avec la difficulté de recourir à ces OAD en tous lieux et en tous temps,
- le risque de perdre une information avec le temps,
- la mise à jour des données qui apparaissent quelque peu figées sous forme papier. En effet, le temps de création d'un OAD papier est nécessairement plus long que sous forme virtuelle et donc la réactivité quant à la révision des connaissances est moins efficace.

Etonnamment, ce ne sont pas les médecins les plus âgés qui utilisent ou se proposent d'utiliser des OAD papier. La forme peut sembler rassurante mais quelque peu archaïque si on réfléchit au rythme actuel de l'avancée des connaissances avec des mises à jour de plus en plus fréquentes, mais également si l'on songe à la mobilité de plus en plus grande des médecins (plusieurs lieux d'exercice, possibilité de travailler à domicile).

Dès lors, l'outil informatisé apparaît plus ergonomique et plus en lien avec nos pratiques actuelles.

b) Sous forme virtuelle

Les entretiens ont mis en évidence une majorité de médecins (11 sur les 12 interrogés) utilisant des OAD informatiques. Les différentes formes retrouvées sont :

- des outils intégrés au dossier du patient : outil d'aide à la prescription (Banque Claude Bernard), outil de suivi (calendrier de grossesse), alarmes.
- des sites internet :
 - d'aide à la prescription : CRAT
 - d'information aux patientes : Leche Ligue
 - de recherche médicale : Cismef, Pubmed
- des logiciels en lien avec les téléphones intelligents. Ces outils sont multiples : répertoire d'échelles médicales, localisation de défibrillateurs alentours, calcul rapide de formules, aide à la prescription, voire logiciel médical du médecin.
- des OAD développés par les médecins eux-mêmes : base de données à laquelle ils peuvent se référer en cas de questionnement en cours de consultation.

Seuls 2 médecins évoquent la forme informatique comme étant un gage de qualité d'un outil d'aide à la décision. Cependant, aucun n'évoque la protection des données informatiques avec la nécessité de réaliser régulièrement des sauvegardes.

De plus le problème du stockage des données informatiques collectées par chacun des médecins va se poser, avec sous tendue l'aspect médico-légal des données ainsi répertoriées.

Par ailleurs d'autres problèmes techniques apparaissent :

- la compatibilité des OAD entre les différents systèmes informatiques (MAC et PC), mais également entre les différents logiciels médicaux.
- l'accessibilité des données :
 - en privilégiant un système de type « *drop Box* », répertoire informatique qui permet de stocker, partager et synchroniser des dossiers entre les différents ordinateurs d'un même utilisateur. Néanmoins, ce type de stockage d'information personnelle ne permet qu'un partage limité entre les différents utilisateurs.
 - la mise en commun des éléments sous la forme d'un portail internet. Il permettrait de potentialiser le travail de chacun, en évitant la création

d'outils redondants et ainsi mettre en commun nos connaissances. Cela faciliterait également l'accès de chacun aux différents OAD existants.

Il semble maintenant évident, voire nécessaire de développer une base de données informatique regroupant tous les OAD existants et validés, mais un outil validé ou « homologué » doit reposer sur une information de qualité.

Une question majeure se pose alors : qu'est ce qu'une information de qualité et comment la constituer ?

4.4°) Qu'est-ce qu'une information de qualité ?

Dans un premier temps nous allons aborder les critères définissant une information de qualité et comment celle-ci est à l'origine des recommandations de bonne pratique. Puis nous élargirons cette réflexion à la méthodologie de création des sites ou outils médicaux informatiques, pour enfin définir les éléments permettant d'avoir confiance dans une information donnée et donc dans un OAD donné.

1. Les critères de qualité de l'information médicale scientifique

En 2000, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide d'analyse de la littérature et de la gradation des recommandations (28). L'objectif était de permettre aux médecins d'appréhender les grands principes de la recherche documentaire et de l'analyse de la littérature. Avec cette grille les médecins pouvaient ainsi « s'engager vers une réflexion médicale basée sur les faits et élaborer des recommandations utiles aux professionnels de santé ».

L'élaboration de recommandations professionnelles cherche toujours à identifier l'information la plus rigoureuse et la plus pertinente possible. Le poids des faits et le niveau de preuve scientifique fournis par la littérature médicale sont des éléments essentiels à rechercher afin d'établir une synthèse des données scientifiques et de proposer des recommandations.

Pour cela, il est nécessaire de réaliser une recherche la plus exhaustive possible en évitant autant que possible d'omettre des études considérées comme « importantes » mais également de ne pas oublier d'évaluer la qualité des publications.

Quatre étapes successives sont donc définies :

- 1 - l'identification des informations,
- 2 - la sélection des articles à étudier,
- 3 - l'analyse des articles,
- 4 - la synthèse de la littérature et la rédaction des recommandations.

La sélection d'articles utiles à notre recherche doit tenir compte de plusieurs facteurs :

- le titre de l'article choisi,
- la présence ou non d'un résumé,
- l'accessibilité et/ou le coût des documents : accessible gratuitement en ligne, nécessité d'un abonnement...
- le temps alloué à cette recherche,
- la qualité de la revue où a été publié l'article ; la valeur scientifique de la revue peut être appréciée par son rang de classement dans la discipline de cette revue.

Au terme de cette étape sont donc définis les critères de sélection des publications retenues pour analyse :

- le type de document : revues avec comité de lecture, rapports institutionnels...
- le type de publication : articles originaux, méta-analyse, « *abstract* »...
- le type d'étude : études comparatives on non, réalisées chez l'être humain in vivo.
- la méthodologie de l'étude : protocole d'étude permettant de répondre à la question posée,
- la population étudiée : nombre de patients, caractéristiques.

L'ANAES a résumé la sélection d'articles utiles à une recherche en la représentant ainsi.

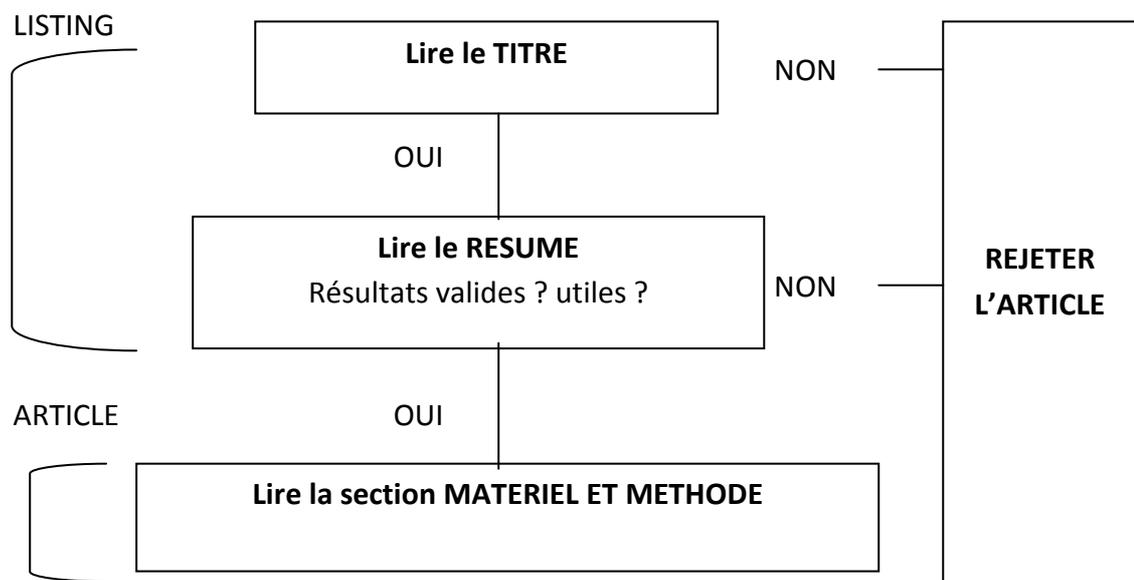


Figure 4 : Les premières étapes de la sélection d'un article médical (ANAES 2000)

L'objectif ensuite est d'évaluer la qualité de la littérature choisie en appréciant la crédibilité de la publication ainsi qu'en définissant l'applicabilité des résultats obtenus.

Le Critical Appraisal Worksheet (Université de Newcastle, Australie) a défini une grille de lecture qui comporte 8 critères d'évaluation :

- l'objectif de l'étude,
- le type de protocole utilisé,
- le facteur étudié,
- les critères de jugement,
- la population source et les sujets étudiés,
- les facteurs de confusion potentiels et les biais,
- les analyses statistiques,
- les conclusions des auteurs.

Trois types de questions sont appliqués à ces 8 critères :

1. Y a-t-il dans l'article l'information pour le critère ?
2. La façon dont le critère a été abordé est-elle correcte ?
3. Si la façon d'aborder le critère est incorrecte, cela menace-t-il la validité de l'étude ?

L'intérêt d'utiliser une grille de lecture est de permettre une lecture rapide et homogène pour chaque article mais également d'identifier les principaux éléments méthodologiques. Cependant, cela nécessite d'adapter chaque grille aux types d'articles (revue de synthèse, article diagnostic, thérapeutique...) et à la question posée.

Chacun peut donc utiliser cette technique lors de recherche individuelle et lors de la lecture d'article de recherche.

2. Les méthodes d'élaboration des recommandations

Une fois que l'analyse de la littérature a permis de sélectionner les articles les plus pertinents, on peut réaliser une synthèse des informations recueillies, à partir de laquelle sont élaborées les recommandations.

Seulement, afin d'établir une recommandation, il est nécessaire de définir le niveau de preuve des informations retenues.

Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée. Cette capacité se juge, d'une part, par la correspondance de l'étude au cadre du travail (sujet, population), et d'autre part par les caractéristiques suivantes :

- l'adéquation du protocole d'étude à la question posée,
- la présence ou non de biais importants dans la réalisation,
- la puissance de l'étude et en particulier la taille de l'échantillon.

Le niveau de preuve est directement dépendant du sujet abordé et des questions posées. Selon le domaine exploré (diagnostic, pronostic, dépistage, traitement) le niveau de preuve peut varier en fonction du type de protocole choisi.

Une classification générale du niveau de preuve d'une étude peut être proposée (28) :

- un fort niveau de preuve correspond à une étude dont :
 - le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée,
 - la réalisation est effectuée sans biais majeur,
 - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs,
 - la puissance est suffisante ;
- un niveau intermédiaire est donné à une étude de protocole similaire, mais présentant une puissance nettement insuffisante et/ou des anomalies mineures ;
- un faible niveau de preuve peut être attribué aux autres types d'études.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	Preuve scientifique établie Grade A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	Présomption scientifique Grade B
Niveau 3 (NP3) Études cas-témoins	Faible niveau de preuve Grade C
Niveau 4 (NP4) <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	

Tableau 8 : classification des grades des recommandations en fonction des niveaux de preuve des études

Une fois les articles hiérarchisés, on peut classer les recommandations en 3 grades (28) :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve,
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte),
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (études cas-témoins, études rétrospectives, séries de cas),
- les accords d'expert : en l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre les experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommanda-

tions ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1).
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2).
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de faible niveau de preuve (niveau de preuve 3 et 4).
Accord d'experts	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail.

Tableau 9 : classifications des recommandations en grade

Les accords d'experts, anciennement appelés accords professionnels, sont les plus fréquemment retrouvés dans les recommandations officielles, surtout dans les plus récentes. Ils nécessitent d'être validés par un groupe de lecture externe au groupe de travail. Il s'agit en réalité le plus souvent d'une sorte de compromis acceptable admis par les experts.

Par ailleurs la pertinence des études sur lesquelles reposent ces recommandations soulève différentes problématiques :

- le public visé : par exemple peu d'études reposent sur des sujets âgés qui constituent pourtant une grande partie de la patientèle en médecine générale,
- les pratiques préférentiellement hospitalières dans les études,
- les professionnels concernés : les études de niveau de preuve 1 sont préférentiellement faites par des spécialistes hospitaliers (étude sur des médicaments),
- enfin, la prévalence des pathologies étudiées dans la population cible de médecine générale.

Les recommandations utilisent donc principalement des études dont les méthodes d'élaboration et les résultats sont difficilement applicables à un public ambulatoire de médecine générale.

C'est pour cela que les gradations ont fait l'objet d'études et sont remises en cause dans certains pays anglophones.

En effet, les symboles utilisés actuellement pour évoquer la solidité des données et la force des recommandations sont des lettres et chiffres variables selon les institutions, ce qui sème la confusion. C'est pourquoi un groupe d'individus membres du Grade Working Group (29,

30, 31) appartenant à des institutions (OMS, NICE, SIGN, AHRQ ...) a développé depuis 2004 un nouveau système de cotation des données et des recommandations. Ce système se nomme GRADE. Il est beaucoup moins simpliste que les systèmes actuels et repose sur 7 étapes :

- tout d'abord définir le processus : des synthèses méthodiques répondant à des questions précises,
- sélectionner les effets mesurés bénéfiques ou indésirables,
- pour chaque type d'effet mesuré retenu, analyser la solidité (alias qualité) des études disponibles,
- présenter des bénéfices et des risques dans un même tableau : les « *evidence profiles* »,
- porter un jugement sur la balance entre bénéfices et effets indésirables,
- élaborer des recommandations en se fondant sur la balance entre les bénéfices et les effets indésirables, la connaissance que l'on a de l'évolution de la maladie sans traitement, la qualité des données disponibles, et l'applicabilité,
- juger du poids de chacune de ces recommandations.

Qualité des données	Type d'étude	Abaisser le niveau si :	Augmenter le niveau si :
Elevée	Essai comparatif randomisé	<u>Qualité de l'étude</u> : -1 limitations sérieuses -2 limitations très sérieuses -1 irrégularités importantes <u>Caractère direct ou indirect des données</u> (critères intermédiaires, populations des essais particulières...): -1 Incertitude modérée -2 Forte incertitude -1 Données éparses ou imprécises -1 Forte probabilité de biais de compte-rendu	<u>Forte association</u> : +1 Forte, sans facteur plausible de confusion +2 Très forte, sans biais majeur affectant la validité +1 Preuves supportant un gradient Dose réponse +1 Tous les facteurs plausibles de confusion auraient réduit l'effet
Moyenne	Essai quasi randomisé		
Faible	Etude d'observation		
Très faible	Autres types		

1 = augmenter ou abaisser d'un niveau (par exemple d'élevé à moyen)

2 = augmenter ou abaisser de deux niveaux (par exemple d'élevé à faible)

Tableau 10 Les critères modifiés d'évaluation de qualité de GRADE

On définit ainsi 4 niveaux de qualité des données : élevé, moyen, faible et très faible. Cette nouvelle classification prend en compte deux nouveaux éléments qui n'étaient pas présents dans les précédentes classifications (encore d'actualité en France) (29, 32) :

- les effets mesurés (bénéfiques) pris en compte dans la synthèse (exemple : mortalité coronarienne, cancer colorectal ...),
- les contextes d'exercice apparaissant dans les études (exemple : ambulatoire, hospitalier...).

De plus cela permet d'établir une corrélation entre la classification des études et des recommandations et une meilleure gradation. Ceci pourrait permettre d'améliorer la confiance dans l'information, cependant, pour l'instant les recommandations françaises s'appuient encore sur l'ancienne méthode de classification.

Les outils d'aide à la décision médicale sont pour la plupart basés sur ces recommandations officielles. Néanmoins, depuis quelques années, on remarque une remise en question de ces recommandations officielles par les professionnels de santé principalement, sur leurs méthodes d'élaboration. Cette perte de confiance est apparue à la suite de plusieurs scandales médiatiques, au centre desquels les conflits d'intérêts ont posé beaucoup question. Le manque de crédibilité des recommandations de l'HAS est un élément qui a percé très récemment. C'est une véritable remise en cause d'un dogme, alors que jusqu'à présent ces recommandations émanant des instances officielles apparaissaient aux yeux de certains médecins comme l'alpha et l'oméga de leurs pratiques.

Comme le souligne un des médecins interrogés, le problème des conflits d'intérêts des experts remet en cause la confiance, parfois aveugle, que pouvaient avoir certains, auparavant, envers ces recommandations. Néanmoins, la méthode d'élaboration des recommandations est un autre élément capital entravant le crédit que les médecins donnent aux instances officielles. La manière dont sont conçues ces recommandations reste assez obscure pour les médecins qui les appliquent au quotidien ou tout du moins sous-tendent leur pratique. Aucun des praticiens interrogés ne soulève ces problèmes :

- comment sont choisis les experts ?
- la représentativité de la démographie médicale est-elle présente ?
- comment est réalisée la bibliographie sur laquelle s'appuie la réflexion ?
- les décisions sont-elles toujours pertinentes pour les pratiques ambulatoires et applicables aux populations vues en consultation de médecine générale ?

Cette perte de confiance est également valable pour la crédibilité des OAD. Ainsi pour 7 des médecins interrogés, la validité de l'information délivrée par ces outils est un critère déterminant, gage de qualité. Seulement, lorsque l'on perd confiance dans les instances délivrant ces recommandations, comment faire ?

Par ailleurs pour 4 médecins interrogés, un outil validé repose essentiellement sur les données établies à partir des recommandations de la HAS. Cependant, elle n'est pas la seule autorité de santé à établir des recommandations. Des sociétés savantes de médecine en

publient (l'ANSM : anciennement AFFSAPS, l'AFSSA), mais également des sociétés scientifiques de spécialité (Collège de rhumatologie, pédiatrie...) et sans doute dans le futur, le Collège de la Médecine Générale. Ces recommandations peuvent donc également servir de base à la création de nouveaux OAD.

Les outils d'aide à la décision semblent être, tout de même, une aide quotidienne sur laquelle les professionnels de santé peuvent se reposer, tout en conservant un regard critique indispensable sur l'élaboration des recommandations.

3. Les méthodes d'élaboration des OAD

Un autre problème soulevé par la validité des OAD est la méthode d'élaboration des sites internet. Elle est peu connue du grand public et seulement 2 des médecins interrogés évoquent la nécessité d'avoir confiance dans les OAD et que ceux-ci soient validés par la profession. Toutefois, aucun ne soulève clairement la méthode d'élaboration des sites ou des outils informatiques qu'ils utilisent.

Ainsi parmi ceux qui utilisent Google comme moteur de recherche, afin de trouver au « petit bonheur la chance » un outil susceptible de les aider en consultation, aucun n'évoque la façon dont est choisi l'ordre d'apparition des résultats. L'occurrence étant soit un accord préalable défini entre Google et le site internet (accord financier), soit une fréquence de requête émise.

Par ailleurs, même si tous se mettent d'accord pour privilégier les sites de faculté, personne ne remet en question les informations délivrées par ces sites avec notamment des problèmes :

- de datation de l'information,
- de conflits d'intérêts avec notamment l'absence de déclaration des auteurs de ces articles ou cours universitaires,
- les sources d'information, trop rarement citées.

Par exemple, pour le site de la Faculté de Grenoble, cité par 2 des médecins interrogés, il apparaît en premier lors d'une requête spécifique sur internet car il s'agit de la première faculté à avoir mis en ligne ses cours. Même si la confiance peut être plus grande que dans des sites généralistes de vulgarisation médicale ou même des forums, cette confiance repose en partie sur une notion d'ancienneté et non de validité de l'information délivrée.

De même pour le Cismef, site développé par l'Université de Rouen et évoqué par 3 médecins au cours des entretiens, l'ordre d'apparition des requêtes est issu d'un accord entre Google et le Cismef et non d'une classification par pertinence des données comme on pourrait le supposer.

Le site Pasteur cité pour les conseils aux voyageurs ou les vaccinations par deux médecins est financé en partie par des fonds privés. L'Institut Pasteur évoque dans ses sites partenaires des organismes publics (CNRS, INSERM), le Ministère de la Santé mais également

des partenaires industriels comme SANOFI ou Danone. Les conflits d'intérêts sous-tendus par ces fonds privés ne sont pas soulevés lors des entretiens.

Wikipédia également nommé, par un médecin, comme un outil utilisé en consultation afin de réviser des données médicales oubliées, est une encyclopédie créée et éditée bénévolement par des contributeurs anonymes. La qualité des informations délivrées peut y apparaître plus que douteuse puisque peu contrôlée et donc peu fiable.

Deux problèmes majeurs ont été soulevés par les médecins interrogés : la validité de l'information et les conflits d'intérêts lors de la création de recommandations officielles. Il semble alors très étonnant qu'aucun ne soulève clairement la problématique de l'élaboration des sites internet, pourtant cités comme OAD utilisés en consultation.

4. Comment avoir confiance dans une information donnée ?

La validité des OAD est remise en cause par 4 des médecins interrogés, leur âge respectif allant de 42 à 64 ans, avec une moyenne de 55.25 ans. L'apprentissage du doute se ferait-il tout au long de la vie professionnelle ? Les médecins les plus âgés semblent avoir un recul suffisant sur leur pratique pour savoir distinguer le vrai du faux ou tout au moins savoir remettre en cause les informations.

Cela peut s'expliquer d'une part par l'acquisition tout au long de sa vie professionnelle de capacités à analyser et lire avec un esprit critique les recommandations officielles et d'autre part par l'éroussement de la confiance qu'ont ces mêmes médecins envers les autorités compétentes.

Les critères qui donnent confiance dans une information sont multiples selon les médecins interrogés :

- la validation de l'information :
 - par des études conformes et extrapolables à la pratique ambulatoire aussi bien aux professionnels généralistes qu'à leurs patientèles : M1, M3
 - par des autorités compétentes et reconnues type HAS : M4, M7, M12
 - par des collègues de spécialistes : M4, M7, M8
 - par d'autres généralistes : M10
- la mise à jour des données avec une datation de l'information : M1, M5, M6, M8
- la notoriété de l'outil : que ce soit un outil-objet au sens propre M5, ou un outil-personne M12.

Le bouche à oreilles semble jouer un rôle important de connaissance et d'appréciation d'un outil. De même lorsque l'outil est une personne, la confiance que l'on a dans ses réponses dépend de l'expertise qu'on accorde à ces spécialistes référents, collègues ou encore documentalistes comme pour un des médecins interrogés qui y a recours. Cela dépend des réponses apportées par ces praticiens mais également de leur aura, argument beaucoup plus subjectif.

Les outils « personnes » sont tout de même utilisés par un quart des médecins interrogés.

- la multiplicité des sources d'information M7.

Les recommandations officielles, qu'elles émergent de la HAS ou des sociétés savantes, restent encore une référence en terme de validité de l'information. Cependant, l'apprentissage de l'esprit critique tout au long de ses études puis dans sa vie professionnelle ainsi que l'émergence du doute et la perte d'une confiance aveugle dans ces recommandations font apparaître de nouveaux éléments déterminant la qualité d'une information. Tout d'abord la datation de celle-ci, les médecins ayant appris qu'aucune information n'est immuable. Mais surtout la multiplicité des sources de renseignements, afin de pouvoir recouper les différentes données et se faire son propre avis.

5. Où trouver une information de qualité ?

- par la lecture d'article ou de revues indépendantes

11 des médecins interrogés se forment en lisant des revues médicales. 9 médecins lisent régulièrement des revues sur abonnement ayant un comité de lecture (type *Prescrire, Médecine*).

- la formation médicale continue

Parmi les médecins interrogés, 10 sur 12 sont adhérents ou participants à une association de formation médicale, majoritairement lors de séminaires de formations locales, le plus souvent antennes des structures nationales. Ces séminaires se déroulent sur un à deux jours.

A noter que les 2 médecins ne participant pas à ces formations sont parmi les praticiens interrogés les plus jeunes.

- dans les recommandations officielles

La majorité des médecins (9 sur 12) évoque encore les sites internet ou les publications des instances officielles comme source d'information (HAS, BEH, AFSSAPS)

- auprès des confrères spécialistes

Un quart des praticiens citent des collègues généralistes, spécialistes ou encore le recours à une personne ressource pour obtenir une information de qualité. Cependant, aucun ne soulève la validité de ces informations pourtant assez partielles et subjectives.

Et le temps dans tout ça ? En effet, le principal facteur limitant la recherche d'une information de qualité reste le temps. Souci principal des médecins interrogés qui utilisent préférentiellement des sources de formation et d'information facilement accessibles et délivrant une information claire et concise.

4.5°) Qu'est-ce qu'un OAD de qualité ?

La terminologie d'OAD, outil d'aide à la décision, apparaît beaucoup plus généraliste que les termes LAD ou SADM, lexique plus informatique et non utilisé par les médecins interrogés.

Pour la majorité des professionnels consultés, un OAD de qualité permet une amélioration des pratiques en se basant sur la qualité de la preuve (les médecins interrogés parlent d'EBM) ou sur une information de qualité. Ils permettent de progresser ou de mettre à jour ses connaissances tant sur le plan thérapeutique que diagnostique.

Par ailleurs, un outil de qualité permet une prise de décision validée, justifiée et sécurisée. A l'heure du médico-légal et de la validation de la prise de décision, les OAD permettent aux praticiens de conforter cette décision et facilitent une traçabilité de cette démarche dans le dossier médical des patients.

La possibilité de partager l'information avec d'autres professionnels paramédicaux est un critère supplémentaire soulevé par un des médecins. Ainsi le dossier informatisé du patient utilisé comme un outil de partage permettrait une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire des malades.

Le gain de temps dans sa pratique n'est étonnamment soulevé que par un tiers des interviewés.

Enfin, une idée intéressante est évoquée : la possibilité de conserver de l'intérêt pour sa pratique en utilisant des OAD. Et si l'outil permettait de maintenir une émulation dans son travail, propice à améliorer ses pratiques ?

Les critères définissant un outil idéal retenus à la suite de ces entretiens peuvent être listés ainsi :

- la facilité d'utilisation,
- la rapidité d'utilisation,
- l'aspect concis et reproductible, éventuellement sous forme de fiche synthétique ou d'arbre décisionnel,
- la forme sous laquelle est présenté l'outil, préférentiellement informatique,
- la validité de l'information,
- la datation de l'information,
- la centralisation des informations,
- l'aspect médico-légal avec la traçabilité de la prise de décision,
- un outil connu (et reconnu),
- des outils multiples,
- et au final améliorant les pratiques : suivi, nouvelles connaissances, perfectionnement de l'examen clinique, décision partagée.

Néanmoins, très peu de praticiens interrogés lors de ma thèse remettent en cause les OAD en tant que tels. Les principaux freins à leur utilisation restent la méconnaissance des sites ressources ou des outils eux-mêmes, la complexité de leur utilisation en pratique. Seul un tiers évoque la fiabilité des informations délivrées par ces outils alors qu'une plus grande proportion de médecins demeure critique quant à l'information délivrée par les recommandations de la HAS notamment. A noter que 4 des médecins interrogés n'ont aucun frein à l'utilisation des OAD.

Un seul évoque la nécessité de valider l'information délivrée par les OAD par le biais de structures. En effet, pour l'instant, alors que les outils se développent de plus en plus, il n'y a toujours pas de validation organisée des OAD.

Il me semble que, tout comme pour les recommandations officielles, il ne faut pas retomber dans nos anciens travers et savoir remettre en cause les outils mais surtout garder son sens critique pour ces nouveaux modes de fonctionnement.

Le ou les organismes qui pourraient valider les outils d'aide à la décision dans le futur, doivent se développer indépendamment des structures développant les logiciels informatiques.

Ils pourraient être construits à partir des structures scientifiques de médecine générale et du Collège de Médecine Générale.

Leurs objectifs seraient :

- de définir des caractéristiques immuables de façon métronomique, comme le ferait toute institution officielle validante,
- d'établir ces critères de manière claire et désintéressée afin de savoir comment sont validés ces outils, par qui, dans quel but et comment ils sont recueillis,
- de définir la pertinence des outils : la population cible (ambulatoire versus hospitalière), les études sur lesquelles reposent ces outils, les professionnels visés, l'acceptabilité pour les patients et les utilisateurs, l'adéquation par rapport à la question posée...
- de définir des outils utiles à la décision, le but final étant qu'ils aident ou tout du moins guident le praticien à la fin de sa consultation.

L'intérêt d'avoir une structure validant ces OAD serait d'une part de labéliser ces outils en évitant des redondances inutiles par la multiplicité des organismes les développant et d'autre part de donner confiance aux utilisateurs dans les outils utilisés.

L'objectif des outils est certes d'améliorer les pratiques des professionnels les utilisant mais également de perfectionner l'ergonomie de travail des médecins, de leur permettre de conserver de l'intérêt pour leur pratique et en définitive de réduire le risque d'épuisement professionnel.

Les médecins généralistes interrogés définissent un grand nombre de critères caractérisant un outil d'aide à la décision idéal. Toutefois, toutes ces caractéristiques ne peuvent être regroupées en un seul et même outil. Et si, comme le soulignait un des médecins, l'outil idéal n'existait pas, et qu'il faille mieux multiplier les outils afin de recouper les informations et obtenir une réponse plus objective, mieux adaptée à sa pratique et surtout de meilleure qualité.

Mais comment faire pour utiliser les OAD en pratique, vers l'émergence d'un panier d'OAD...

4.6°) Les autres OAD peu ou pas évoqués au cours des entretiens

1. Les outils tournés vers le patient

Aucun des médecins interrogés au cours de mes entretiens n'évoque clairement les outils dirigés vers le patient. Seul un praticien (M8) évoque un site internet utile qui lui permet d'imprimer des fiches pratiques à donner à ses patients.

Il existe pourtant plusieurs outils de la décision partagée qui permettent et facilitent une interaction entre médecins et patients (agenda du sommeil, calendrier des migraines, calendrier alimentaire). A l'heure actuelle, alors que le médecin généraliste est au centre de l'organisation des soins de premier recours, les études montrent que l'utilisation de l'éducation thérapeutique améliore l'efficacité des soins et la prise en charge des maladies chroniques (36, 37, 38). Dès lors l'utilisation d'outils semblerait une méthode efficiente et propice au développement de l'éducation thérapeutique.

Par exemple, des questionnaires d'autodiagnostic éducatifs, pour des patients diabétiques ou hypertendus, faciliteraient la prise en charge de leurs maladies et soutiendraient leur autonomie. Le malade évaluerait sa connaissance de la maladie, définirait ses problèmes au quotidien (gestions des traitements, effets indésirables, mauvais résultats biologiques), mettrait en œuvre des moyens concrets pour pallier à ces défaillances (pratique d'une activité physique régulière, prise en charge diététique) et enfin suivrait les répercussions des actions mises en place. Ce recours aux outils-patients, calqués sur le DPC des professionnels de santé, ouvre de nouveaux horizons à l'utilisation d'OAD en consultation.

D'autres types d'auto-questionnaires exploitables en médecine générale ne transparaissent pas au cours des interviews. Par exemple, les questionnaires destinés aux nouveaux patients, grâce auxquels ils remplissent différents items utiles à la constitution de leur dossier médical. Ou encore le dossier de tabacologie développé par l'INPES (35), qui regroupe des échelles de dépendance tabagique mais également des échelles de dépression et d'anxiété, afin de déterminer le niveau de dépendance du patient d'une part mais aussi son état psychologique actuel et sa motivation au sevrage d'autre part. Cet outil utilisé par les professionnels de santé est rempli par le patient seul avant la consultation. Il s'agit d'un outil partagé entre le soignant et le patient pour construire une décision commune. Comme l'explique l'INPES, l'intérêt de cet outil est de promouvoir la qualité des soins en prenant en compte les recommandations préconisées, les représentations du patient, ses attitudes, ses comportements, de permettre un suivi personnalisé des patients, de standardiser les procédures de suivi des patients et de permettre un protocole commun d'évaluation des consultations.

Par ailleurs, aucun médecin interrogé n'évoque la pratique réflexive des patients avec les outils d'aide à la décision. Ils permettent de construire une relation particulière avec les malades, qui ont un ressenti et un vécu de leur pratique des outils mais aussi de leur utilisation par les médecins. Que pensent les patients de leurs praticiens lorsqu'ils utilisent des

outils : cela majore-t-il la confiance qu'ils ont dans la prise de décision, se sentent-ils investis lors de la consultation ?

L'objectif des questionnaires partagés, centrés vers le patient est de faciliter une décision partagée et personnalisée au cours des consultations, mais surtout de développer son autonomie.

2. Les sites internet commerciaux

A l'heure du développement des nouvelles technologies (téléphones intelligents, tablettes), seuls deux médecins (M8, M12) reconnaissent utiliser des OAD pour téléphones intelligents.

Les deux principaux outils cités sont utilisables sur i-phone :

- DRC DReFC : il s'agit de la mise en ligne du dictionnaire des résultats de consultation et de la diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de médecine générale. Cet outil a été développé par la SFMG, structure de médecine générale et la société BILOG, entreprise privée qui développe des logiciels informatiques et des applications pour téléphone. Cet outil est gratuit sur internet mais payant sur téléphones intelligents.
- Medcalc : logiciel de référencement des différents scores, échelles ou applications médicales avec calculateur. Le référencement des articles d'où sont tirés les outils ou leur mode d'utilisation sont raccordés à l'outil lui-même. Il existe une interface gratuite et une payante, plus complète.

Un autre site internet, ADMP (Aide à la Décision Médicale Partagée), propose une interface plurielle : un répertoire diagnostique et thérapeutique et un référencement des outils et des sites utiles aux praticiens.

Cet outil est décrit comme une plateforme interactive, utilisable par les praticiens et les patients permettant :

- une aide au diagnostic, intégrant les recommandations de l'HAS,
- une aide à la prescription, utilisant la Banque Claude Bernard,
- une aide pédagogique et informative avec mise à disposition de documentation pour les patients.

Cet outil présente une interface interactive permettant à la communauté des professionnels inscrits de créer ou de modifier certaines fiches du logiciel.

Les problèmes soulevés par ces sites internet commerciaux sont d'une part la méthodologie d'élaboration de ces outils, rarement explicitée, avec surtout la présence de fonds privés et de structures commerciales assez éloignées des instances médicales officielles. Le principal but de ces entreprises étant de réaliser des profits et non d'améliorer la pratique quotidienne ou l'ergonomie de travail des médecins.

D'autre part, la validité des informations délivrées, les références scientifiques étant exceptionnellement citées dans ces outils. De plus, la population cible de ces outils semble assez étendue, l'objectif pour ceux qui les développent étant de toucher le plus grand nombre possible, alors que par définition, les OAD sont utiles pour un type de praticien donné avec un exercice et une patientèle précis.

3. Les OAD développés par les professionnels de santé

Le Dr Gérald Bernardin a créé deux sites internet, cités par un des médecins interrogés :

- MASEF : site des médecins auteurs de Sharewares et Freewares référençant les logiciels médicaux et non médicaux développés par les praticiens,
- WARETEQUE : qui recense les logithèques francophones, logiciels gratuits et de partage qui majoritairement n'ont pas d'intérêt médical à proprement parler.

Masef propose deux tiers de logiciels médicaux, toutefois, ceux-ci sont recensés par ordre alphabétique sans pertinence, source ni classification. Par exemple, l'intérêt pour la pratique des médecins n'est pas notifié.

Ces deux sites semblent encore très confidentiels, ce d'autant que leurs interfaces sont assez sommaires.

Un autre médecin évoque une base de données qu'il a lui même créée, regroupant les OAD qu'il utilise le plus fréquemment. D'autres professionnels interrogés centralisent dans un classeur des OAD papier (articles, résumé de séminaires, documents patients...) auxquels ils peuvent avoir recours pendant leurs consultations. Cette méthode d'élaboration d'outils personnalisés est une des possibilités du DPC, permettant un suivi sur le long terme des effets de leurs utilisations sur la pratique des médecins . Cependant, ils restent encore peu nombreux à le faire ou tout du moins à l'évoquer au cours des entretiens.

Pourtant l'OAD que chacun s'imagine semble bien plus adapté à sa pratique et à la façon dont chacun conçoit sa consultation. Et si l'OAD idéal était celui que l'on se crée ?

4. Les instances officielles

Etonnamment au cours des entretiens, les instances officielles citées comme source d'informations validée, ne le sont pas comme source de création d'OAD.

Pourtant les professionnels multiplient les moyens de trouver des outils homologués mais aucun ne semble s'être tourné vers les institutions médicales.

Comme je l'ai précédemment développé au cours de l'introduction, la Haute Autorité de Santé a commandité auprès de la CEGEDIM-ACTIV, une étude des systèmes d'aide à la décision médicale. Les objectifs de cette recherche sont d'analyser la place actuelle des SADM dans la prise de décision médicale, et d'identifier les principaux moyens d'action sus-

ceptibles de promouvoir ces outils, et leur intégration dans la pratique courante. Or aucun médecin ne semble au courant de ces recherches en cours.

Par ailleurs une autre structure française développe, coordonne et stimule l'essor de la e-santé en France, il s'agit de l'Agence des Systèmes d'Information Partagée de santé (ASIP). Cette agence publique, opérateur de l'État, a pour but de mettre en contact les mondes de la santé et des nouvelles technologies informatiques, afin d'améliorer les systèmes de soins. Elle conseille le gouvernement pour l'élaboration des politiques publiques en matière de e-santé.

L'ASIP travaille actuellement sur l'élaboration de fiches thématiques, sortes de tableaux dynamiques interactifs et basés sur les recommandations de la HAS, l'objectif étant d'interfacer ces tableaux de suivi avec les logiciels médicaux.

Mais ces structures restent encore très confidentielles, les médecins privilégiant pour l'instant, le bouche à oreilles ou les formations afin de découvrir de nouveaux outils.

La HAS a également développé Reco2clics, une découpe des recommandations de bonnes pratiques accessibles plus rapidement. L'accès se fait soit sur les pages spécifiques à chaque recommandation où sont consultables le texte des recommandations, la synthèse et l'argumentaire scientifique, soit sur le site internet Reco2Clics.

Seules quelques recommandations sont disponibles sous cette forme. Le découpage proposé des recommandations n'est pas très fonctionnel en pratique avec des réponses assez longues, donc difficilement lisibles en consultation.

Encore beaucoup d'outils d'aide à la décision demeurent inconnus de la majorité des médecins, qui est demandeuse d'un référencement centralisé de tous ces outils utiles à leur pratique.

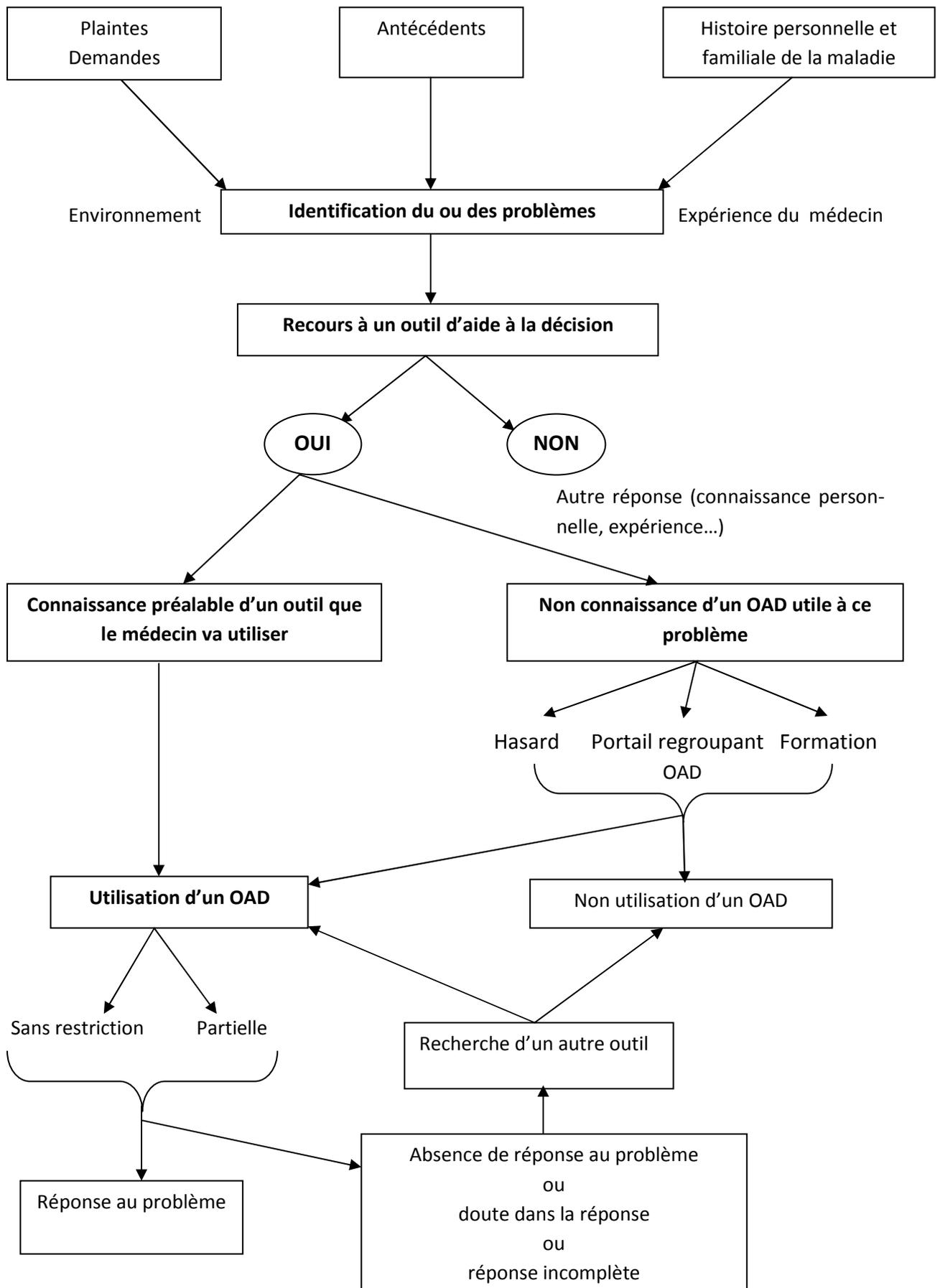
4.7°) L'utilisation en pratique des OAD

L'utilisation en pratique des OAD au cours des consultations de médecine générale requiert :

- une forme préférentielle choisie par le médecin utilisateur. Même si pour la majorité, les outils informatiques sont prioritairement utilisés, on note que lors des entretiens, encore beaucoup de médecins ont recours à des outils papier : revues découpées et classées (M6), recommandations officielles (M1, M6, M8, M12), échelles (M10), littérature (M2, M6, M8).
La forme informatique est toutefois prépondérante en particulier avec des outils pour téléphones intelligents (M8, M12).
- un temps d'accessibilité à l'information optimal, c'est d'ailleurs en cela qu'une page Web permet une meilleure réponse pour les praticiens (M8, M9, M10, M11),
- une prise en main facile de l'outil avec un apprentissage rapide et une mise en page claire et simple permettant une utilisation en consultation,
- une reproductibilité de l'outil
 - dans le temps : pour un même patient,
 - dans l'espace : accessible en tous lieux,
 - entre les différents utilisateurs,
 - pour une population donnée : intérêt pour la pratique de la médecine générale ambulatoire,
- la possibilité de permettre au médecin d'intégrer le patient à la prise de décision : remise d'une feuille récapitulative, l'association du patient aux pratiques le concernant avec facilitation de l'éducation thérapeutique, éventuellement éducation des patients à l'utilisation de certains outils,
- l'utilisation multiple d'un seul et même outil ; ainsi au cours des entretiens, certains utilisaient le CRAT (site de référencement des thérapeutiques potentiellement tératogènes) uniquement pour leurs pratiques, alors que d'autres praticiens informaient leurs patientes pour qu'elles l'utilisent seules.

Ces différents éléments permettent de définir un logigramme explicitant en pratique l'utilisation faite par les praticiens des outils d'aide à la décision, en consultation de médecine générale.

Bien sûr ce schéma n'est qu'une proposition, développée à partir des entretiens et de ma propre expérience d'utilisation des OAD. Il permet toutefois de préciser l'intégration des outils à la pratique médicale et surtout à la prise de décision.



Logigramme de l'utilisation des OAD en consultation de médecine générale

5. CONCLUSION

Les outils d'aide à la décision, terme quelque peu obscur aux yeux de certains des médecins interrogés, sont au cœur de la problématique de l'évolution des pratiques médicales. Ils mettent en parallèle la volonté des professionnels de santé d'améliorer leurs pratiques et leurs connaissances ; ainsi que leur souhait d'augmenter l'implication des patients dans les prises de décision les concernant. Cependant, au regard de la synthèse des entretiens, on remarque que peu de médecins évoquent les OAD partagés médecin-patient, comme si les malades ne pouvaient pas encore prendre part à la décision médicale. Cela nécessite une sensibilisation des praticiens à leur rôle d'accompagnant des patients et non plus de décideur unique.

Par ailleurs mon travail de thèse est inscrit dans une époque donnée (même si le panel des médecins interrogés offrait des âges variés) et cette datation engendre des réponses qui sont susceptibles d'évoluer très fortement dans les années à venir.

Il apparaît une lacune flagrante dans la formation initiale des praticiens questionnés à l'utilisation des OAD, ainsi qu'un développement encore assez limité ou incomplet de l'utilisation de l'informatique au sein des cabinets. Ce travail serait donc à refaire dans quelques temps avec de jeunes médecins qui auront appris au cours de leur cursus universitaire à rechercher, décortiquer et apprivoiser les méthodes de recherche et l'information trouvée. Car même si certains des professionnels questionnés ont un regard critique envers les recommandations délivrées par les autorités de santé (et les autorités elles-mêmes), encore trop peu évoquent la crédibilité des informations apportées par les OAD.

Comme le soulignent plusieurs médecins interrogés, les outils d'aide à la décision restent avant tout des aides, qui ne doivent en aucun cas remplacer la décision médicale. Ils servent d'assistance aux professionnels de santé mais ne devront jamais devenir les uniques décisionnaires. Ce sont des outils « balises », des repères, qui marquent le cheminement de la décision médicale (la fiabilise, la facilite) et ne sont pas des outils directifs, le praticien se devant de conserver un regard critique sur les OAD. Le médecin se doit donc de rester le principal acteur de cette décision, avec le patient, puisqu'à chaque situation et environnement donnés, une réponse différente peut être apportée. Il faut se méfier des automatismes, qui simplifient trop les décisions. Et comme le disait le Dr Bernard Grenier : « Si un médecin pense qu'il peut être remplacé par un ordinateur, qu'il le soit ».

Comme le soulignent les praticiens interrogés, les principales difficultés rencontrées dans l'utilisation des OAD sont : la méconnaissance des outils et des sites ressources, le manque de fiabilité et de confiance dans l'outil et dans l'information apportée par celui-ci et le manque de temps.

J'avais pour intention que ma thèse s'inscrive dans un travail de recherche utile et concret duquel je pourrais tirer un intérêt pour ma pratique quotidienne.

Ainsi à l'issue de ce travail, l'objectif est de créer une banque de données à partir des résultats recueillis au cours de mes différentes recherches.

En effet, l'émergence d'une base de données semble manifeste et nécessaire. Elle permettrait de regrouper un ensemble d'outils utiles aux praticiens et validés par une instance reconnue, en laquelle les professionnels pourraient avoir confiance.

Un travail préparatoire a déjà émergé sous l'impulsion d'une des structures de médecine générale porteuse de la table ronde lors du congrès de Nice de 2010, à savoir recenser les articles utiles et les OAD existants. Puis mon travail de thèse m'a permis, à travers les entretiens, d'identifier les problèmes et les requêtes des médecins généralistes concernant l'utilisation des outils en consultation.

Ce projet collaboratif de création de portail informatique pourrait se faire sous l'égide d'une structure officielle telle que le Collège de Médecine Générale.

Puisque l'outil d'aide à la décision parfait n'existe pas et qu'il semble plus judicieux pour certains médecins interrogés de multiplier les OAD, afin de recouper les informations, ce portail de données apparaît comme le meilleur moyen de condenser en un seul et même lieu différents outils utilisables par le médecin généraliste.

Cela favoriserait une centralisation des données afin d'éviter une redondance par la multiplicité des sites et des outils créés par les professionnels de santé isolément. Chacun pourrait y piocher les outils utiles à sa pratique, telle une « boîte à outils » médicale.

Dans le futur, ce portail permettrait également une mutualisation des ressources, des méthodes et des moyens mis à disposition pour développer de nouveaux outils et ainsi faire émerger une vraie politique de mise en commun des outils de la médecine générale.

Cette base de données doit également être interactive afin que chacun des utilisateurs-membres puisse y apporter des modifications ou des mises à jour en faisant connaître à la « communauté » les outils qu'il a découverts ou même qu'il a créés. Ce « wikiportail » serait calqué sur le mode de fonctionnement de Wikipédia où chaque contributeur aurait la possibilité d'alimenter la base de données, avec bien entendu un contrôle des informations apportées.

Ce portail d'OAD est donc la prochaine étape de mon travail de thèse, dont un des objectifs est de diffuser la notion et de promouvoir l'utilisation raisonnée et réfléchie des outils d'aide à la décision par le plus grand nombre.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Teich JM, Osheroff JA, Pifer EA, Sittig DF, Jenders RA. CDS Expert ReviewPanel. Clinical decision support in electronic prescribing: recommendations and an action plan: report of the joint clinical decision support workgroup. *J Am Med Inform Assoc.* 2005 Jul-Aug;12(4):365-76.
2. IPSOS Santé. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises [page d'accueil sur internet]. 2007 Novembre [consulté le 25/11/2012]. Disponible sur : http://www.apima.org/contenu/fichiers/these_info/Annexes/75.enquetelPSOS.pdf
3. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA.* 2005 Mar;293(10):1223-38.
4. Pearson SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, et al. Do computerized clinical decision support systems for prescribing change practice ? A systematic review of the literature (1990-2007). *BMC health Serv Res.* 2009 Aug 28;9:154.
5. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ.* 2005 Avr 2;330(7494):765-73.
6. Holbrook A, Thabane L, Keshavjee K, Dolovich L, Bernstein B, Chan D, et al. Individualized electronic decision support and reminders to improve diabetes care in the community: COMPETE II randomized trial. *CMAJ.* 2009 Jul 7;181(1-2):37-44.
7. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006 May;144(10): 742-52.
8. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J, et al. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. *CMAJ.* 2010 Mar;182(5):216-25.
9. Schedlbauer A, Prasad V, Mulvaney C, Phansalkar S, Stanton W, bates DW, et al. What evidence supports the use of computerized alerts and prompts to improve clinicians' prescribing behavior ? *J Am Med Inform Assoc.* 2009 Jul-Aug;16(4):531-8.
10. Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo S, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):10-2.

11. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support system on physician performance and patient outcomes : a systematic review. JAMA. 1998 Oct 21;280(15):1339-46.
12. Comble PH, Renaud Salis J-L, Lagouarde P, Darmoni S. Etude sur les systèmes d'aide à la décision médicale. Paris:Cegedim-Activ;2010 Juil [consulté le 04/01/2013]. Commanditée par la HAS.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medecale
13. Ammenwerthe E, Schnell-Inderst P, Machan C, Siebert U. The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: a systematic review. JAMIA. 2008 Sep-Oct;15(5):585-600.
14. Purcell GP. What makes a good clinical decision support system. BMJ. 2005;330(7494):740-741.
15. Paille P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin;2003.
16. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2^{ème} éd. Saint-Jean de Braye : Armand Colin ;2010.
17. Hendrickx F, Piette D. Une proposition de dialogue. Guide pratique sur l'entretien semi-dirigé en éducation pour la santé. Liège: Apes collection;1989.
18. Paille P. La recherche qualitative : une méthodologie de la proximité, Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche. Québec:Presses de l'Université du Québec ;2007.
19. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes. 2^{ème} éd. Bruxelles:Éditions De Boeck;2003.
20. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Luçon: Nathan université ;2001.
21. Dey I. Grounding grounded theory, guidelines for qualitative inquiry. Bingley:Academic Press;1999.
22. Geertz C. The Interpretation of Cultures. New York:Basic Books;1973.
23. République française. Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 1^{er} janvier 2013.

24. Vallee JP, Le Noch Y, Drahi E. DPC : méthodes et modalités validées. Notre lecture du communiqué de presse de la HAS (décembre 2012). *Medecine*. 2013 Fev ;9(2) :61-4.
25. Le collège de la Médecine Générale. Le DPC et ses modalités : Enjeux, définitions, méthodes. Le collège de la Médecine Générale. 2012 Juin [consulté le 05/02/2013]. Disponible sur <http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/dpc120605.pdf>.
26. Eslami S, Abu-Hanna A, De Keiser NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2007 Jul-Aug; 14(4):400-6.
27. Colombier P. DPC : la loi HPST... et ensuite. *Medecine*. 2013 Fev;9(2):59-60.
28. Durocher A, Pazart L, Dosquet P, Moquet MJ, Perez-Niddam K, Cordier H. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations.HAS. 2000 Jan [consulté le 01/05/2013]. Disponible sur <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
29. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun; 328 (7454):1490.
30. Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: Pilot study of a new system. *BMC Health Services Research*. 2005; 5: 25.
31. gradeworkinggroup.org [page internet]. The GRADE working group Ressources ©2005-2013 [consulté le 25/04/2013]. Disponible sur www.gradeworkinggroup.org
32. Marchand-Adam S, Thabut G, Cadranel J., Bonniaud P, Didier A, Roche N, et al. Des niveaux de preuve aux recommandations. Rapport de la Société de Pneumologie de Langue Française. *RMR*.2008;27(1):1-2.
33. Youman L, Concato J, Agostini JV. Use of computer decision support interventions to improve medication prescribing in older adults: a systematic revue. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(2):119-29.
34. Haynes RB, Wilczynski NL. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: methods of decision-maker-researcher partnership systematic review. *Implementation Science*. 2010;5(1): 12.

35. INPES. Présentation du dossier de tabacologie, édition 2007. INPES. 2007 [consulté le 30/04/2013]. Disponible sur www.inpes.sante.fr.
36. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors : a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013 Mar 28;10:40.
37. Vallee JP. Education thérapeutique et soins de premier recours. Les points clés du rapport du Haut Conseil de la santé publique, novembre 2009. 2010 Mars;6(3):118-21.
38. Burke B L, Arkowitz H, Menchola M. The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . 2003 Jul;71(5):843-61.

7. ANNEXES

ANNEXE 1 : synthèse des outils d'aide à la décision français répertoriés lors du Congrès de Médecine Générale de Nice en 2010

LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION MEDICALE

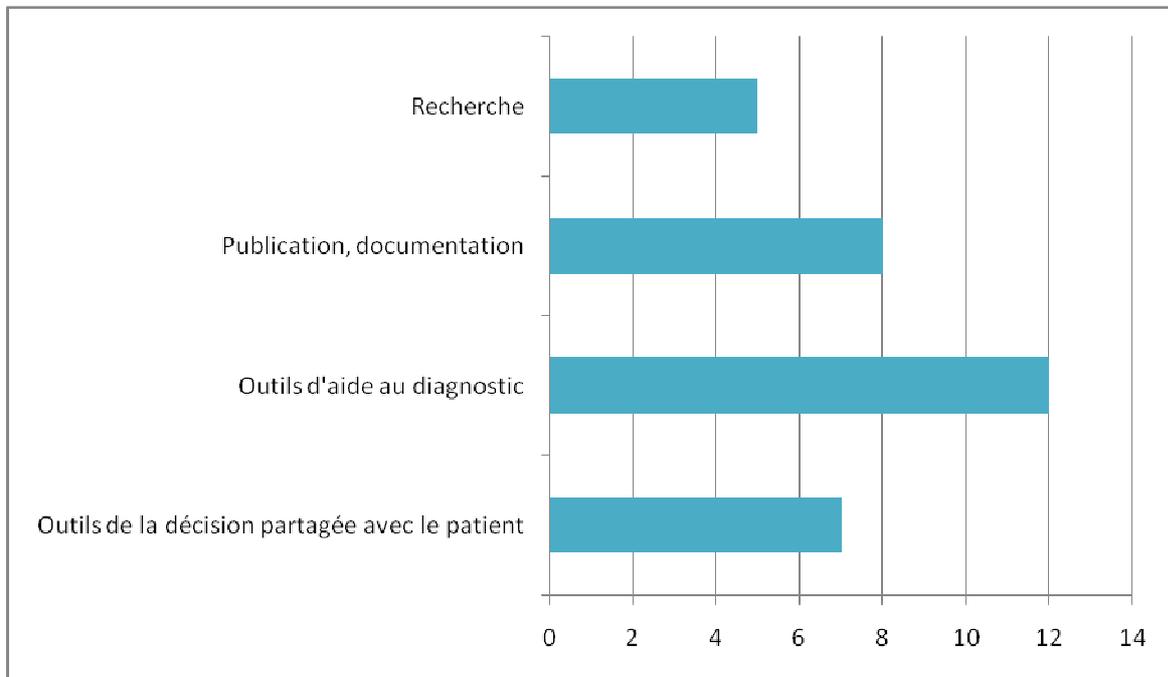


Diagramme récapitulatif des réponses obtenues

En sachant qu'un même outil peut être classé dans plusieurs catégories à la fois et que certains outils n'étaient pas classés, j'ai pris la liberté de le faire d'après ma compréhension des caractéristiques de l'outil.

Les outils tournés vers la recherche en médecine générale :

- **La revue *Exercer***, développée par le CNGE qui permet la publication de travaux de recherche en médecine générale. Les abonnés sont d'environ 1000.
- **Les formations à l'expertise en médecine générale**, développée par la SFDRMG dans le cadre de séminaires depuis 2008. Le but de ces formations est donc d'identifier les spécificités des différentes strates du système de soin, de définir et transmettre les données spécifiques et le rôle de l'expert en soins primaires ; mais également d'apprendre à rédiger des textes de synthèse concernant les particularités de la pratique en soins primaires.
- **Les tableaux de bord des suivis numériques**, développés par la SFTG et ASTI (aide au suivi et à la thérapeutique informatisés), depuis 2004. Cet outil permet d'afficher en un seul écran tous les éléments de suivi d'un patient (procédures cliniques et biologiques pour le suivi d'une pathologie chronique, suivi préventif, rappel des procédures par une alarme visuelle). Il permet également l'accès par un clic à des informations extraites des recommandations concernant l'interprétation de résultats biologiques ou la réalisation d'une procédure.

Le TBS peut être intégré dans un logiciel médical.

- **L'OMG** (Observatoire de la Médecine Générale), développé par la SFMG : il s'agit d'un recueil d'informations de santé objectives permettant d'éclairer la pratique professionnelle, développés à partir d'un réseau de médecins généralistes informatisés qui adressent régulièrement leurs données anonymisées au département d'information médicale de la SFMG. Chaque investigateur peut également accéder à ses données personnelles et se comparer au groupe pour chacun des diagnostics (<http://omg.sfm.org>). Une lettre mensuelle est adressée aux adhérents.
- Depuis 1981 la SFMG publie les **Documents de Recherche en Médecine Générale** référencée INIST depuis 2008. Chaque mois la lettre de SFMG est adressée à ses adhérents.

Les outils tournés vers la publication, les outils de documentation :

- **BREVES** (Bibliothèque des Résultats d'Évaluation critiqueS Structurées), développés par ADESA-MGForm depuis 2009. Cet outil repose sur la publication de REVES (Résultats d'Évaluation critique Structurés) exposés lors de groupes de pairs. Ces échanges et ces analyses des pratiques aboutissent à des travaux recherches ; ceux-ci sont regroupés en ligne (BREVES) et donc accessibles à tous et pendant la consultation. L'accès est gratuit, mais le problème reste la publication de REVES. Cet outil permet cependant de valoriser et de développer les échanges entre confrères et autorise également une analyse réflexive des pratiques.
- **BIBLIOMED**, développé par la SFDRMG depuis 1998. C'est un article hebdomadaire synthétisant les données actuelles de la science sur une question précise et pertinente pour la pratique de la médecine générale. Les recherches se font à partir de 40 revues internationales dont le BMJ, Lancet, NEJM et JAMA. Le coût est de 30 euros/an pour 4000 abonnés.
- **La base de données du centre de documentation de l'UNAFORMEC**, développée depuis 1998. Il s'agit d'un accès à une documentation sélectionnée en soins de premier recours et en pédagogie, l'accès par internet est gratuit et est utilisé par environ 3000 médecins.
- **La revue *Medecine***, développée depuis 2007, elle compte 2000 abonnés pour un coût de 70 à 125 euros/an.
Elle apporte aux médecins généralistes une information objective axée sur l'évaluation des pratiques notamment les produits de santé et les stratégies thérapeutiques en soins de premiers recours.
- Le CNGE a développé différents outils :
 - **Bancathese2**, développé depuis 2005. Il s'agit d'une banque de données informatiques qui regroupe les projets de thèse, les thèses en cours ou les thèses exécutées afin de mutualiser les travaux et d'en permettre l'accès aux internes ou directeurs de thèse. (bancathese2.free.fr)
 - **Une bibliographie commentée** qui donne une synthèse francophone des principales études cliniques pertinentes pour la pratique des médecins généralistes et publiées par les autorités de santé ou dans des revues. Cet outil est développé depuis 2001 et regroupe environ 3000 références.
 - **Un référentiel métier** sous la forme d'un livre édité en 2009 qui donne une définition du métier de médecin généraliste pour les professionnels de santé en

exercice ou en formation, les pouvoirs publics ainsi que pour les patients. La définition s'est faite à partir de situations cliniques ;

- **Un livre de thérapeutique en Médecine Générale** édité en 2009, dont l'objectif est de donner aux MG un référentiel de prise en charge thérapeutique des principales affections vues en consultation de MG.

Les outils d'aide au diagnostic :

- **BREVES** (cf ci-dessus)
- **L'aide à la rédaction de feuille de soin pour les actes complexes**, développée par MGForm depuis 2007. La recherche d'un code CCAM se fait par mots-clés.
- **La détermination du risque cardio-vasculaire du patient en ligne**, développée par MGform depuis 1998 : www.rcva.c.la
- **L'écriture de cas et établissement de diagnostic global** développé par l'AFMG depuis 1979. Cet outil est basé sur l'observation participante, l'observateur s'observe lui-même comme acteur de la situation et peut ainsi identifier les pratiques à postériori. L'utilisation de cet outil s'acquiert au cours d'un séminaire.
- **BAZURIAP**, développé par la SFDRMG depuis 2009. Cet outil permet un accès simple et rapide aux recommandations de l'HAS pendant la consultation. La réponse doit être apportée en moins de 2 minutes.
- **Les questionnaires auto-administrés (QAA)**, développés par la SFDRMG depuis 2009. Il s'agit d'un questionnaire destiné à tout nouveau patient consultant en médecine générale permettant de recueillir l'histoire médicale du patient, certains indicateurs de son état de santé présent en vue de l'élaboration du projet thérapeutique et du suivi médical. Cet outil est gratuit mais encore en protocole de recherche
- **Les tableaux de bord des suivis numériques** (cf ci-dessus)
- La SFMG_a développé 3 outils qui sont :
 - **Le DRC** : dictionnaire des résultats de consultation
 - **Le Dépican** : outil d'aide au diagnostic des cancers avec classement par groupes à risque et procédures de dépistage adaptées.
 - **Le Drefc** qui permet un accès rapide aux recommandations francophones selon les résultats de consultation.
- **Freevax**, outil développé par fmc ActioN développé depuis 2006 à partir d'un projet déposé au FOPIM. Il s'agit d'un outil informatique d'aide à la décision concernant la vaccination. Son principal point faible est le manque d'utilisation réelle, il existe en effet peu de situations problématiques touchant à la vaccination.
- **Le tableau électronique de suivi de grossesse**, développé par fmc ActioN depuis 2007. Il s'agit d'un tableau Excel permettant de programmer les éléments de suivi d'une grossesse normale. Toutefois, il n'y a pas d'interface possible avec le dossier patiente.
- APIMA (membre de fmc ActioN) a développé **ORDOFOPIM**, depuis 2005. C'est un logiciel d'aide à la prescription permettant de prescrire en DC tout en conservant la sécurisation par une banque de données. Cependant, il nécessite un abonnement en parallèle à une banque de données (type Banque Claude Bernard) et doit être interfacé avec un logiciel de dossier.
- A partir de la base de données médicamenteuses (**Thériaque module autonome**) produite par le centre national hospitalier d'information sur le médicament, la SFMG a déve-

loppé en partenariat avec la société éditrice Bilog un logiciel d'aide à la prescription médicamenteuse qui permet notamment la prescription en DC.

Les outils de la décision partagée avec le patient :

- **Les questionnaires autoadministrés** (QAA), développés par la SFDRMG depuis 2009 (cf ci-dessus)
- **Le plan de prévention personnalisé**, développé par MGForm depuis 2004 principalement en Franche-Comté qui a pour objectif de développer des plans de prévention et d'éducation du patient afin qu'il s'approprie sa maladie.
- **Le conseil aux voyageurs en avion**, développé par MGForm depuis 2000. Cet outil est une page web qui recense des questions courantes ainsi que des « trucs et astuces » afin de mieux voyager en avion (femme enceinte, sujet diabétique); <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/aero/public/m>
- **DicoMed** développé par MGForm depuis 2001 permet de traduire l'interrogatoire médical dans une langue étrangère (12 domaines de la médecine): <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/dicomed/>. Il est gratuit et utilisé par 500 médecins/mois.
- **Les tableaux de bord des suivis numériques** (cf ci-dessus)
- **Les groupes Balint**, développés par Mickael Balint vers 1955 et utilisés par la Société Médicale Balint. Le but de cet outil est d'améliorer la relation médecin-patient en permettant un suivi personnalisé des patients afin d'obtenir leur adhésion à la prescription médicale. Les médecins apprennent ainsi à identifier et repérer les éléments influençant leur prise de décision. Les médecins se réunissent et présentent des cas cliniques qui leur ont posé problème. Le coût est d'une consultation par séance Balint, mais il existe également des séminaires OGC.
- **Les groupes de pairs** de la SFMG : méthode de formation proposée depuis les années 80. Depuis 2006 c'est également une méthode d'EPP agréée par l'HAS.

Mis à jour le 05/07/10.

ANNEXE 2 : tableau listant l'ensemble des outils français répertoriés pour le Congrès de Nice de Médecin Générale de 2010 (mis à jour juin 2010)

Titre de l'outil	La Revue <i>Exercer</i>	MG-Cotation
Nom de la structure	CNGE	MG France
Contact de la structure (nom, prénom, email)	AUBIN Isabelle, secrétaire générale	Vincent REBEILLE-BORGELLA (secrétaire Général de MG France)
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	POUCHAIN Denis, Rédacteur	Dr Philippe DESMARCHELIER p.desmarchelier@medsyn.fr
Catégorie	recherche, publication, outils de documentation	?
Votre propre catégorisation de l'outil	Outil de publication de la recherche en médecine générale	'Exercice professionnel' ou encore 'Gestion du cabinet'
Les objectifs de cet outil	Publier pour mettre à disposition des médecins généralistes enseignants et plus généralement de tous les généralistes, les travaux de recherche en médecine générale.	Gagner plus à activité identique, en facilitant et optimisant la cotation des actes professionnels, notamment les actes techniques (CCAM) qui sont notoirement sous-utilisés pour deux raisons. La première est la difficulté d'accéder au code d'un acte effectué et donc de le facturer. La seconde raison est la méconnaissance fréquente d'un code existant pour l'acte réalisé, le médecin le sous-facturant alors 'C' par défaut...
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs, utilisateurs....)	1000	Destiné à une diffusion libre, le nombre de copies n'est pas comptabilisé.
Son coût pour l'utilisateur	Abonnement annuel	Gratuit
Les points forts de l'outil	Publication de travaux réellement effectués en médecine générale	MG-Cotation simule une facturation sur une feuille de soins papier pour les actes courants, ceux qui le sont moins et les actes techniques. Les codes correspondants pour une facturation électronique sont également mentionnés. Le point fort de MG-Cotation réside essentiellement dans la recherche d'un code CCAM qui se fait par mots-clés. En outre, l'utilisateur peut créer sa propre bibliothèque de mots-clés ou marquer comme favoris les actes qu'il réalise couramment. Un acte technique apparaît ainsi à l'écran en seulement quelques clics.
Les points faibles de l'outil	Insuffisamment connu	
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	Simple : il suffit de lire.	Un document 'Démarrage rapide' est fourni ainsi qu'une notice d'installation.
Comment cet outil a été construit ?	Suite au besoin de trouver des espaces de publication pour les travaux de recherche des médecins généralistes	Outil autonome, fonctionnant sur Mac ou sur PC (Windows XP, Vista, Windows 7). MG-Cotation est entièrement développé sous 4D®, progiciel ayant notamment servi à construire des outils professionnels (Index et Intégrale PRESCRIRE®, HyperMed®, Megabaze®, Vidal® jusqu'à il y a peu...).
Date de création de l'outil	??	Mars 2010

Titre de l'outil	B-RevES (Bibliothèque des Résultats d'Evaluation critique Structurés)	Aide à la rédaction des feuilles de soin pour les actes complexes
Nom de la structure	ADESA	MGForm
Contact de la structure (nom, prénom, email)	Dr Christian BIANCHI (Président) c.bianchi@medsyn.fr	Isabelle Cibois-Honorat docmirabeau@gmail.com
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Dr Philippe DESMARCHELIER p.desmarchelier@medsyn.fr	Gilles Perrin g.perrin@medsyn.fr
Catégorie	outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation	
Votre propre catégorisation de l'outil		cotation des actes et réalisation des feuilles de soin
Les objectifs de cet outil	Le premier étage du dispositif est la fabrication des REvES (Résultats d'Evaluation critique Structurés). En Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratiques, les MG travaillent sur des situations cliniques vécues. A partir de ce travail en groupe, un MG formule une question clinique structurée en trois parties (Dans tel contexte, telle action aboutit-elle à tel résultat). Une revue systématique de la documentation scientifique est réalisée et discutée par l'auteur. Une conclusion pratique et un niveau de preuve sont précisés. Le second étage est la mutualisation des REvES enregistrés librement par leurs auteurs dans une Bibliothèque (B-REvES), accessible à tous par internet. L'objectif est donc de proposer dans une bibliothèque en ligne, à disposition de tous, les résultats des travaux de recherche des groupes d'échanges et d'analyse de pratiques francophones.	meilleure application de la nomenclature et des majorations, pas d'erreur
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	Démarrage...	au moins 2000/mois
Son coût pour l'utilisateur	Gratuit	0
Les points forts de l'outil	L'écriture d'un REvES est un excellent moyen d'externaliser le travail produit dans le huis clos d'un Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratiques. Le REvES est une production évaluable en termes d'obligation du DPC. La mutualisation au sein de la profession par le biais de la B-REvES, accessible par tous les MG par internet, permet l'accès à des réponses validées. Une syntaxe de recherche simple permet d'accéder au REvES recherché en quelques clics. Le format concis (Page A4) et structuré permet son utilisation au cours même d'une séance de soins et en présence de son patient.	nomenclature en ligne, gratuit, en quelques clics cotation juste
Les points faibles de l'outil	Le problème de l'œuf et de la poule... La B-REvES n'existera que grâce à la publication des REvES... Pour donner envie d'écrire cela, il faut qu'il y en ait suffisamment sur le site... De plus, nécessite une structuration de la question et de la réponse apportée, donc une formation préalable.	en ligne, non intégré dans le logiciel
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	Le mode d'emploi du site et l'écriture d'un REvES sont détaillés sur le site : www.breves.eu	http://www.mgfrance.org/component/option,com_wrapper/Itemid.292/
Comment cet outil a été construit ?		prolongement de la rubrique nomenclature du site MGFrance
Date de création de l'outil	2010	2007

Titre de l'outil	Plan de Prévention Personnalisé (PPP)	Conseils aux voyageurs en avion	Echelle de risque cardio-vasculaire	Dictionnaire des maux (DicoMed)
Nom de la structure	MGForm	MGForm	MGForm	MGForm
Contact de la structure (nom, prénom, email)	Isabelle Cibois-Honorat docmirabeau@gmail.com	Isabelle Cibois-Honorat docmirabeau@gmail.com	Isabelle Cibois-Honorat docmirabeau@gmail.com	Isabelle Cibois-Honorat docmirabeau@gmail.com
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Gilles Perrin g.perrin@medsyn.fr	Gilles Perrin g.perrin@medsyn.fr	Gilles Perrin g.perrin@medsyn.fr	Gilles Perrin g.perrin@medsyn.fr
Catégorie		outil tourné vers le patient	outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation, outil tourné vers le patient	outil tourné vers le patient
Votre propre catégorisation de l'outil			détermine un risque	
Les objectifs de cet outil	éducation du patient, plans de prévention, apprentissage du patient à s'approprier sa santé	conseils médicaux pour les voyageurs en avion : page web qui recense rapidement ce qu'il faut faire avant le départ, les questions fréquentes, des astuces pour mieux voyager en avion, les maladies et le vol ; ainsi que les passagers à risque (insuline, femmes enceintes, jet lags)	déterminer le risque CV d'un patient	traduire l'interrogatoire médical dans une langue étrangère
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	Minime	accès libre sur Internet	accès libre sur Internet	500/mois
Son coût pour l'utilisateur	0	0	0	0
Les points forts de l'outil	outil modélisant	conseils pratiques en langage compréhensible pour le patient	interface graphique ludique, agréable, sans utilisation du clavier, et immédiatement compréhensible ; on peut modifier l'horizon du risque (on peut calculer le risque à +/- long terme)	multilingues (8 langues), touche 12 domaines de la médecine ; ce n'est pas de la traduction en ligne
Les points faibles de l'outil	autonome, pas intégré dans les logiciels médicaux, trop lourd	Aucun	il faut le moteur Java	non exhaustif ; pas de prononciation, manque certaines langues (russe...)
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	http://www.mgfrance.org/content/view/568/839/	http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/aero/public/main.htm	www.rcva.c.la	http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/dicomed/
Comment cet outil a été construit ?	Partenariat URCAM Franche-Comté/FAQSV	sur une expérience de médecin aéronautique	par un ingénieur informaticien	avec des médecins et des patients de différentes nationalités
Date de création de l'outil	2004	2000	1998	2001

Titre de l'outil	Ecriture de cas et établissement de diagnostic global	BAZURIAP	Base de données du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC
Nom de la structure	Atelier Français de Médecine Générale (AFMG)	SFDRMG	UNAFORMEC/SFDRMG
Contact de la structure (nom, prénom, email)	Marie-Eve VINCENS marie.evevincens@wanadoo.fr	DRAHI Eric eric.drachi@wanadoo.fr	DRAHI Eric eric.drachi@wanadoo.fr
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Louis VELLUET velluet@free.fr	Eric DRAHI	Eric DRAHI
Catégorie	recherche, outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation		publication, outils de documentation
Votre propre catégorisation de l'outil	Utilisation de la technique de recherche en sciences humaines dite "observation participante" (l'observateur s'observe également lui-même comme acteur de la situation)		Base de données documentaire
Les objectifs de cet outil	Rassembler toutes les données perceptives des situations cliniques observées. Collecter sans exclusion les données psychologiques concernant les acteurs au même titre que tous les éléments physiques	Fournir aux médecins généralistes un outil pour accéder aux recommandations élémentaires en réponse aux questions qui se posent en consultation. Il s'agit d'accéder à une réponse concrète en moins de 2 minutes, pour construire et étayer sa décision.	Fournir un accès à une documentation sélectionnée en soins de premier recours et en pédagogie
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	Effecteurs : 2 séminaires de 25 participants durant trente ans. (1979-2009) Lecteurs : indéterminés...	150 testeurs en cours	3000 environ
Son coût pour l'utilisateur	néant (inscription au séminaire)	Gratuit. Développé sur fonds propres.	Gratuit
Les points forts de l'outil	Abord synthétique du trajet de vie des patients. Mise en évidence de toutes les interactions pathogènes : psychosomatiques, psychosociales en particulier	Outil simple et concret. Rapidité d'accès. Laisse le médecin auteur de sa propre décision (ne remplace pas la décision, notamment dans les situations complexes décisionnelles en médecine générale)	Sélection des articles (55 000 articles en 20 ans). Pertinence de la documentation. Accès gratuit à la base de données
Les points faibles de l'outil	Liés aux particularités des sciences humaines/* Vérification des hypothèses uniquement dans l'après-coup* Objectivation des changements positifs a postériori.	Les limites de recommandations elles-mêmes. Non intégration automatique aux données de la consultation	Pas de soutien de la profession
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	Analyse secondaire du matériel mis à jour par le processus d'écriture spontanée (mise à jour de la mémoire épisodique)	http://www.unaformec.org/Mode-d-emploi-de-Baz-Uriap.html	http://www.unaformec.org/documentation/aide.html Un accès gratuit sur internet permet d'accéder à la base dans son intégralité. Il est possible de commander les articles recensés auprès du Centre de Documentation.
Comment cet outil a été construit ?	A partir des recherches pédagogiques effectuées à l'UFR de Bobigny par le département de formation et de recherche sur les comportements thérapeutiques en médecine de famille. (1980)	Protocole de recherche action avec évaluation de l'impact sur la pratique. http://www.unaformec.org/URIAP-le-protocole-detaille.html	Le Centre de Documentation est abonné à une quarantaine de revues internationales et francophones. La sélection documentaire est faite par des médecins généralistes. La base est informatisée par un aide documentaliste.
Date de création de l'outil	1979	Mars 2009	1998

Titre de l'outil	BIBLIOMED
Nom de la structure	SFDRMG/UNAFORMEC
Contact de la structure (nom, prénom, email)	DRAHI Eric eric.drachi@wanadoo.fr
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Eric DRAHI
Catégorie	Publication, outils de documentation
Votre propre catégorisation de l'outil	Publication
Les objectifs de cet outil	Mettre à disposition des médecins des synthèses périodiques de la littérature médicale scientifique rapidement accessible, répondant à des questions issues de la pratique.
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	4 000 abonnés
Son coût pour l'utilisateur	30 euros/an
Les points forts de l'outil	Facilité d'accès à l'information. Rapidité de lecture. Qualité de l'analyse. Pertinence par rapport à la pratique
Les points faibles de l'outil	Pas de soutien de la profession pour sa diffusion.
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	<p>http://www.unaformec.org/Bibliomed-une-information-dediee.html La création d'un centre de documentation spécifique et indépendant a été un choix fondateur. Le centre est abonné à 30 à 40 revues internationales de qualité, dont les " 4 grandes " : BMJ, Lancet, NEJM, et JAMA. Chaque semaine, ces revues sont dépouillées par la - trop - petite équipe de Bibliomed, les articles pertinents pour la médecine générale indexés dans la base de données, certains faisant l'objet de notes de lecture. Une sélection des informations les plus utiles permet de réaliser Bibliomed. L'analyse des données, de leur validité, de leur utilité et applicabilité au contexte de l'exercice quotidien, la réflexion sans compromis, mais sans dogmatisme, sur notre système de santé, l'indépendance totale de cette approche, sont les fils conducteurs de ce travail, qui demande une réflexion approfondie. Il semble, même s'il s'agit d'une utopie, que cette démarche est aujourd'hui plus que jamais indispensable à une discipline actuellement en pleine crise, mais dont la qualité est indispensable au fonctionnement du système tout entier. Un choix nécessairement subjectif. Il faut se garder de deux naïvetés : d'une part, il n'y a pas de " bonne information " ; d'autre part, il ne suffit pas de diffuser une " bonne information " pour obtenir de " bonnes pratiques ". Les choix des auteurs de Bibliomed sont évidemment subjectifs : qui peut s'arroger de définir dans l'information du jour celle qui est la plus importante ? Cependant, leur objectif - dans la droite ligne de ceux des pionniers de la FMC - est de fournir à ceux qui s'y intéressent un outil utile à la fois à la formation permanente et à la pratique professionnelle (faut-il ajouter à son évaluation ?) avec pour seule ambition une amélioration de la qualité des soins rendus à la population. Une mise en forme " modélisée ". Depuis le premier numéro, Bibliomed se présente sous une seule page (A4, maintenant presque totalement " web ") parce que facile à lire " rapidement " dans un contexte professionnel toujours tendu. Plusieurs numéros sont parfois nécessaires pour répondre à diverses questions qui se posent sur un sujet, ce qui a fait l'objet de la publication d'un volume, et maintenant de dossiers mensuels dans <i>Médecine</i>. Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, mais l'ensemble, en perpétuelle reconstruction, est bien le " corpus " scientifique de notre métier. Que dire de ces 12 années de publication ? L'information médicale est soumise à de nombreux biais, inévitables. C'est à la profession qu'il appartient de faire les choix nécessaires, d'évaluer la qualité des parutions, de sélectionner et faire la synthèse de l'utile et du faisable, mettre en évidence les zones d'ombre et de doute... Bibliomed n'a pas les objectifs d'autres synthèses, telles les recommandations. Il se veut, au quotidien, rapporter les données factuelles utiles à la lumière d'une expertise généraliste. Si l'écriture, qui nécessite de nombreuses heures, voire journées de travail, est au départ celle d'un auteur, l'existence d'un comité de lecture assure une réelle expertise collective. Rappelons que cette expertise repose sur deux exigences : la contribution financière des lecteurs est nécessaire à l'indépendance de Bibliomed, l'engagement volontaire de nouveaux auteurs à sa pérennité ; l'élaboration de tels outils est à la fois " course d'endurance " et " passage de relais ".</p>
Comment cet outil a été construit ?	A partir des besoins documentaires des formations organisées par l'UNAFORMEC, et de la veille documentaire du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC
Date de création de l'outil	1998

Titre de l'outil	La Revue <i>Médecine</i>	Formations à l'expertise en médecine générale	thérapeutique en médecine générale
Nom de la structure	UNAFORMEC/SFDRMG	SFDRMG	CNGE
Contact de la structure (nom, prénom, email)	DRAHI Eric eric.drachi@wanadoo.fr	DRAHI Eric eric.drachi@wanadoo.fr	Gilles Morel
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Jean-Pierre VALLEE	Eric DRAHI	Bernard Gay bgay@wanadoo.fr
Catégorie	publication, outils de documentation		publication, outils de documentation
Votre propre catégorisation de l'outil	Publication	Formations	
Les objectifs de cet outil	<i>Médecine</i> a pour objectif d'apporter aux acteurs de soins primaires, et en particulier aux médecins généralistes, une information objective axée sur l'évaluation de la pratique médicale, notamment sur les produits de santé et les stratégies thérapeutiques. <i>Médecine</i> se fonde sur les principes de la médecine factuelle (<i>Evidence Based Medicine</i>) afin de fournir une information didactique et fiable, centrée sur le patient. Indépendante de l'industrie pharmaceutique, <i>Médecine</i> ne propose pas de publicité émanant des laboratoires et bénéficie d'un comité de lecture.	Déterminer la qualité des preuves en médecine générale. Ces formations sont destinées à des concepteurs d'outils, à des chercheurs, à des formateurs. Objectifs : - identifier les spécificités des différentes " strates " du système de soins ; - définir les données spécifiques et le rôle de l'expert en soins primaires ; - transmettre ces données en les argumentant et en les mettant en perspective par rapport aux données complémentaires issues de l'analyse spécialisée ; - rédiger des textes de synthèse concernant les particularités de la pratique en soins primaires.	donner aux médecins généralistes une référence sur la prise en charge thérapeutique des principales affections en MG
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	2 000 abonnés	30	MG et internes 3500 à ce jour
Son coût pour l'utilisateur	Abonnement 70 à 125 euros	Gratuit (formation conventionnelle)	60 euros
Les points forts de l'outil	Revue centrée sur les soins de premier recours	Formations spécifiques	références bibliographiques par chapitre
Les points faibles de l'outil	Equilibre financier précaire. Pas de soutien de la profession		pas de mise en ligne
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	http://www.revue-medecine.com/	http://www.unaformec.org/Seminaires-de-FPC-2010.html	Livre
Comment cet outil a été construit	Revue construite en partenariat UNAFORMEC/APNET. Financement de soutien du FOPIM les 3 premières années	A partir des autres outils développés par la SFDRMG	binôme MG prof de thérapeutique (CNGE APNET)
Date de création de l'outil	2007	2008	2009

Titre de l'outil	Questionnaires auto-administrés (QAA)	référentiel métier	Freevax
Nom de la structure	SFDRMG	CNGE	APIMA (membre de fmc ActioN)
Contact de la structure (nom, prénom, email)	DRAHI Eric eric.drahi@wanadoo.fr	Gilles Morel	Christian.Mallemont@wanadoo.fr
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Jean-Pierre VALLEE	Pierre Louis Druais	
Catégorie		publication, outils de documentation	outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation
Votre propre catégorisation de l'outil		outil de référence	Outil informatique d'aide à la décision
Les objectifs de cet outil	Mettre à la disposition des médecins généralistes un outil de recueil des faits notables de santé d'un patient, pour identifier ses problèmes de santé et construire un plan personnalisé de santé.	Donner aux pouvoirs publics, aux professionnels en exercice et en formation et aux patients une définition du métier de médecin généraliste	Aider la décision concernant la vaccination
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs...)	50 testeurs	gros potentiel	200 environ
Son coût pour l'utilisateur	Gratuit	20 euros environ	Nul
Les points forts de l'outil		Méthode d'élaboration	simple et performant
Les points faibles de l'outil		absence de mise en ligne	En fait, peu d'utilisation réelle, les situations problématiques sont rares
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	Les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge dans la durée des patients ayant une histoire médicale singulière, plus ou moins complexe, parfois difficile à reconstituer et toujours nécessaire à connaître pour le praticien afin de prendre les décisions médicales adaptées à chaque patient. Les patients qui changent de médecin traitant (ou qui en consultent un pour la première fois...) posent donc le problème du recueil de leurs antécédents bio-psycho-sociaux. En effet, cette anamnèse, traditionnellement réalisée verbalement lors des premières consultations, est souvent grevée de lacunes plus ou moins importantes. Il est donc justifié et potentiellement utile d'élaborer de nouveaux outils allant au-delà de ces difficultés. Le Comité de Pilotage de la présente étude propose l'utilisation d'un questionnaire original auto-administré (NQAA) aux nouveaux patients consultant en médecine générale. Celui-ci explore l'histoire médicale du patient, ainsi qu'un certain nombre d'indicateurs de son état de santé présent, en vue de l'élaboration du projet thérapeutique et du suivi médical. Objectifs de l'étude : il est proposé d'évaluer le NQAA " Nouveau Patient " sur trois axes principaux sera l'objet d'une étude qualitative comportant comme axes : la détermination d'une modalité de mise en œuvre optimum, l'évaluation de sa pertinence et enfin son acceptabilité par le médecin et le patient. L'évaluation du NQAA "Nouveau patient" est réalisée par un second questionnaire (désigné ci-après " Questionnaire secondaire ") rempli par le patient d'une part et par le médecin d'autre part. Une version spécifique pour le patient et une version spécifique pour le médecin sont utilisées.	achat du livre	Sur le site www.apima.org
Comment cet outil a été construit ?	Protocole de recherche (voir plus haut)	à partir de situations cliniques	A partir d'un projet déposé au FOPIM
Date de création de l'outil	2009	2009	2006

Titre de l'outil	Tableaux de bord de suivi numériques
Nom de la structure	SFTG et consortium ASTI (Aide au Suivi et à la Thérapeutique Informatisées)
Contact de la structure (nom, prénom, email)	Hector Falcoff hector.falcoff@sfr.fr
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil	Christian Simon Silk Informatique chsimon@silk-info.com
Catégorie	recherche, outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation, outil tourné vers le patient
Votre propre catégorisation de l'outil	Aide au suivi des pathologies chroniques et au suivi préventif (prévention dépistage) : le TBS est à la fois une synthèse des recommandations, une batterie de rappels automatiques, et un outil de saisie dans le dossier.
Les objectifs de cet outil	Aide à la mise en œuvre des recommandations. Codage du dossier et production d'indicateurs sans effort particulier, facilitant l'analyse de la pratique (suivi d'indicateurs, analyse approfondie de dossiers).
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	Pour l'instant, une centaine de médecins utilisateurs du même logiciel-métier. Le nombre devrait croître au fur et à mesure que l'outil sera intégré dans d'autres logiciels.
Son coût pour l'utilisateur	Aujourd'hui gratuit, par la suite cela dépendra de l'attitude adoptée par chaque éditeur. La grande question est : quelles seront, pour les médecins généralistes, les incitations à utiliser les TBS ? S'ils ont une incitation financière (une somme versée annuellement par l'Assurance Maladie, comme les médecins belges par exemple) les éditeurs vont caler le surcoût sur le montant de cette incitation.
Les points forts de l'outil	Un TBS affiche en un seul écran tous les éléments de suivi, c'est-à-dire les procédures cliniques et biologiques nécessaires au suivi d'une pathologie chronique, ou au suivi préventif d'une catégorie de patients. Il rappelle (alarme visuelle) l'échéance des procédures. Le TBS donne accès par un simple "clic droit" à des informations extraites des recommandations (comment réaliser la procédure, comment interpréter les résultats...). Les données saisies dans le TBS sont codées automatiquement. En quelques clics, le médecin peut disposer d'indicateurs pour l'ensemble des patients qui relèvent d'un TBS particulier. Les TBS peuvent être intégrés dans différents logiciels de dossier médical.
Les points faibles de l'outil	Aujourd'hui chaque éditeur qui souhaite intégrer les TBS doit le faire "en dur", c'est-à-dire qu'il doit créer les éléments de suivi dans le logiciel. Nous sommes en train de travailler à un format interopérable de TBS pour que l'intégration soit automatique.
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	H. Falcoff, O. Benainous, F. Gillaizeau, M. Favre, C. Simon, E. Desfontaines, J.B. Lamy, A. Venot, B. Seroussi, J. Bouaud, P. Durieux. Développement et étude d'impact d'un système informatique de " Tableaux de Bord " pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. Prat Organ Soins 2009;40(3):177-189
Comment cet outil a été construit	Consortium ASTI : groupe de recherche comprenant une société de médecine générale (SFTG), des chercheurs en informatique médicale et des éditeurs.
Date de création de l'outil	Début 2004. Fin 2009

Titre de l'outil	tableau électronique de suivi de grossesse	ORDOFOPIIM	Bancathese2	Bibliographie commentée
Nom de la structure	fmc ActioN	APIMA	CNGE	CNGE
Contact de la structure (nom, prénom, email)	Nicole Bornsztein Nicole.Bornsztein@wanadoo.fr	Christian Mallemont Christian.mallemont@wanadoo.fr	Gilles Morel	Gilles Morel
Contact pour renseignements complémentaires éventuels de la personne référente de l'outil			jp.jacquet@cnge.fr	Denis Pouchain
Catégorie	outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation	outil d'aide au diagnostic pendant ou après la consultation	publication, outils de documentation	publication, outils de documentation
Votre propre catégorisation de l'outil	<i>Guide Line</i> pour le suivi de grossesse	Logiciel d'Aide à la Prescription	Outil informatique pour le partage des projets, thèses en cours et thèses exécutées	outil de lecture critique
Les objectifs de cet outil	programmer les éléments de suivi d'une grossesse normale	permettre au médecin de prescrire en toute sécurité	Permettre aux internes et directeurs de thèse de partager au niveau français les demandes de thèses, les travaux en cours, la mutualisation des travaux.	Donner aux MG une synthèse francophone des principales études cliniques pertinentes pour la pratique, parues dans les revues ou autorités de santé.
Nombre d'utilisateurs de l'outil (abonnés, lecteurs utilisateurs....)	Comme il est mis à disposition, impossible à dire.	plusieurs centaines de prescripteurs	plus personne, faute de financement !!	3000 probablement
Son coût pour l'utilisateur	Nul	l'abonnement à la Banque Claude Bernard	Nul	Nul
Les points forts de l'outil	utilisation sous Excel actualisable sert aussi de référentiel	Permet la prescription en DC tout en gardant la sécurisation par la banque de données. Disponible en open Source, il est à la base du LAP d'ALMAPRO, premier logiciel de prescription certifié par la HAS	collaboration au niveau des UFR et Collèges pour structurer les thèses et la recherche en médecine générale	travail de qualité
Les points faibles de l'outil	nécessite un ordinateur pas de lien prévu pour l'instant avec le dossier de la patiente (mais on peut imprimer et sauvegarder).	peu interfacé par les éditeurs doit être interfacé avec un logiciel de dossier. Nécessite un abonnement avec une banque de données, puisqu'aucune banque publique n'existe.	absence de financement	diffusion par laboratoire
Le mode d'emploi de cet outil ou article, lien internet présentant l'outil, publication	inclus dedans	www.apima.org	bancathese2.free.fr	Lecture
Comment cet outil a été construit	par élaboration de groupe à partir du référentiel et de l'expérience des formations sur de thème	par une équipe d'informaticiens guidée par un comité scientifique, dans le cadre d'un projet FOPIIM	MG, informaticiens, internes	travail collaboratif de rédacteurs à partir des articles originaux
Date de création de l'outil	2007	2005	2005	2001

ANNEXE 3 : Power Point de la présentation faite au Congrès de Nice de Médecine Générale en 2011 (mis à jour en juin 2011).

<p style="text-align: center;">Les outils francophones d'aide à la décision en Médecine Générale</p> <p style="text-align: center;">Enquête auprès des structures françaises et francophones</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 0.8em;"> 5^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2011 </div> <div style="text-align: right;"> <h3>Qu'est ce que la décision médicale?</h3> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • La décision médicale repose sur 3 principaux piliers <ul style="list-style-type: none"> – Les données actuelles de la science : actualisation, niveau de preuve, avancée actuelle des connaissances – Préférences et agissement des patients et des médecins – Données et contexte de la consultation <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p style="font-size: 0.7em;">EBM : Haynes RB, Sackett DL, Gray JR, et al. ACP J Club 1996;125:A14-6. Evidence-Based Medicine 1996;1:196-8. Stéphanie CORPEL</p>
---	---

1

2

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 0.8em;"> 5^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2011 </div> <div style="text-align: right;"> <h3>Qu'est-ce qu'un outil d'aide à la décision?</h3> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • La décision médicale : répondre à un questionnement, un problème à un moment donné, dans un contexte donné avec un patient donné. • Outil : facilitateur de cette prise de décision que ce soit en amont, pendant ou au décours de la consultation. <p style="font-size: 0.7em; text-align: center;">Stéphanie CORPEL</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 0.8em;"> 5^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2011 </div> <div style="text-align: right;"> <h3>Enquête française</h3> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • S'inscrit dans la suite de la table ronde sur les outils d'aide à la décision lors du congrès de Nice de juin 2010. • Recueil des différents outils développés par les structures organisatrices du Congrès. • Méthodologie : questionnaire informatique auto-administré • 4 catégories définies a priori : <ul style="list-style-type: none"> – Recherche : exercer... – Publication, documentation : bibliomed, prescrire... – Aide au diagnostic : échelles, tableaux électroniques... – Décision partagée : télémédecine... <p style="font-size: 0.7em; text-align: center;">Stéphanie CORPEL</p>
---	--

3

4

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 0.8em;"> 5^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2011 </div> <div style="text-align: right;"> <h3>Enquête francophone</h3> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> – Poursuivre, parmi les sociétés francophones de médecine générale, le travail débuté précédemment – Recueil le plus exhaustif possible : centraliser – Faciliter l'accès aux outils développés – Donner confiance dans les outils sélectionnés <p style="font-size: 0.7em; text-align: center;">Stéphanie CORPEL</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; font-size: 0.8em;"> 5^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2011 </div> <div style="text-align: right;"> <h3>Enquête francophone</h3> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie : <ul style="list-style-type: none"> – Messagerie électronique avec questionnaire auto administré – Envoi aux différentes sociétés scientifiques francophones de médecine générale : <ul style="list-style-type: none"> • Canadiennes : CMO, FMOQ, collège royal des médecins du Québec (MOCOMP), médecins francophones du canada • Belges : SSMG • Suisses : SSMG (SGAM) • Maroc • Tunisie – Relances – Recherche personnelle : <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de la littérature • Sites des sociétés médicales scientifiques francophones <p style="font-size: 0.7em; text-align: center;">Stéphanie CORPEL</p>
---	--

5

6

Enquête francophone

- **Résultats :**
 - 1 réponse structurée!
 - Pas d'outil francophone développés par les canadiens mais ils connaissent et utilisent des outils français
 - Résultats de la recherche sur les sites des sociétés scientifiques francophones :
 - SSMG :
 - Outils « just in time » : 2 (portail référençant des échelles ou outils)
 - Canada :
 - Recherche : 2 (papyrus)
 - Publication, Formation : 2 (amc.ca)
 - Outils utilisables pendant la consultation : 2 (Dossier médical partagé Da Vinci)
 - Décision partagée : 1

Stéphanie CORPEL

7

Enquête francophone

- **Discussion :**
 - Remise en question :
 - Notion franco-française?
 - Autre dénomination?
 - Autre typologie? autre classement?
 - Limites de la méthodologie de l'enquête par mail, de la personne contactée, temps
 - Limite des sites des structures
 - Limites des outils :
 - Confiances dans les outils :
 - Conflit d'intérêt
 - Méthodologie d'élaboration, validation, sélection
 - Cadre d'utilisation de l'outil : cockroft, agenda sommeil

Stéphanie CORPEL

8

Enquête francophone

- **Conclusion :**
 - Centraliser outils
 - Labellisation
 - Outil idéal?
 - Se méfier des automatismes.

Stéphanie CORPEL

9

ANNEXE 4 : Synthèse des outils francophones listés (mis à jour en juin 2011).

Les différents outils francophones répertoriés au cours de mon enquête :

- les outils belges développés par la SSMG (société scientifique de médecin générale belge) :
 - portail d'échelle et d'outils utilisables en consultation, consultable sur le site internet de la SSMG,
 - bilan de santé en différentes langues : néerlandais, français, anglais, allemand,

- les outils canadiens :
 - tournés vers la recherche :
 - papyrus : bibliothèque numérique de l'université de Montréal, répertoire des travaux de recherche des professeurs et chercheurs ainsi que des thèses et mémoires de nos étudiants de la faculté.
 - infoclinique : moteur de recherche destiné aux professionnels de santé qui enregistre simultanément plusieurs bases de données cliniques dont Cochrane, le médecin du Québec, American family physician.
 - de formation :
 - amc.ca : site internet, développé par l'association médicale canadienne : mails de résumés critiques d'articles pour la pratique de première ligne,
 - Infoclinique
 - utilisables pendant la consultation :
 - dossier médical partagé Da Vinci,
 - portail Familia : banque de données sur la recherche en sciences humaines et les questions éthiques.
 - de la décision partagée : dossier médical partagé Da Vinci.

Outils

Les mécanismes de la décision en médecine générale sont complexes. La décision se prend en tenant compte à la fois des données actuelles de la science les plus pertinentes par rapport à sa pratique, des préférences du patient et du contexte de soins. Ce modèle a été décrit par l'équipe de Sackett sous le terme d'*Evidence Based Medicine* (EBM, traduite habituellement par « médecine fondée sur les preuves ») [1]. Il s'est imposé aujourd'hui comme un schéma explicatif de la complexité de la décision en médecine générale. Il s'agit d'un modèle global, qui comporte une part essentielle de partage de la décision avec le patient.

Outils d'aide à la décision en médecine générale

Recensement des outils réalisés par les structures organisatrices du 4^e Congrès de la Médecine Générale France/Nice 2010²

La complexité de la décision en médecine générale rend nécessaire l'utilisation d'outils pour faciliter la tâche du médecin. Ces outils peuvent être utilisés en consultation, en présence du patient ou au décours de la consultation, que ce soit pour affiner un diagnostic ou au cours de réunions de formation. Longtemps cantonnés à des documents sous une forme « papier », la généralisation de l'informatique rend plus facile leur utilisation [2, 3]. Pour élaborer ces outils, une démarche rigoureuse est nécessaire. Cette recherche doit porter à la fois sur le domaine biomédical, pour valider les stratégies diagnostiques et thérapeutiques utilisées dans les outils, et sur le domaine psychosocial, pour aider à l'analyse et à la prise en compte des représentations, des croyances et des

comportements des patients et des soignants [4-6]. Elle doit également évaluer les outils eux-mêmes, leur pertinence et leurs qualités spécifiques [7].

Pour préparer cette table ronde, nous avons décidé de séparer les outils d'aide à la décision en 4 catégories :

1. la recherche ;
2. les outils documentaires ;
3. les outils à utiliser au cours et au décours de la consultation ;
4. les outils de la décision partagée avec le patient.

Méthode

Une enquête par questionnaire a été réalisée par messagerie électronique (serveur spécifique) avant le congrès de Nice, avec les questions suivantes :

- nom de la structure (avec le nom et les coordonnées du contact) ;
- titre et catégorie de l'outil : recherche, publication et/ou documentation, aide au diagnostic pendant ou

1. Ont participé à cette table ronde : Max Budowski (FormUnco), Isabelle Cbois-Honorat (IMG Form), Joël Cogneau (IRMGI), Marie-Eve Vincens (AFMGI), Eric Drahli (SFDRMG), Pierre Fainsiber (IFED MGI), Gilles Morel (CNGEI).

2. Cet article est rédigé à partir d'une table ronde qui s'est déroulée sur ce thème au cours du 4^e congrès de la médecine générale à Nice en juin 2010. Cette thématique est l'objet d'une thèse en médecine générale en cours de rédaction.

Stéphanie Corpel
Médecin généraliste
remplaçant¹

Mots clés : système
informatique aide
décision clinique

CONCEPTS ET OUTILS

Outils



après la consultation (dont les analyses de pratiques en groupe ou individuelles), partage avec le patient (communication, éducation, etc.) ;

– catégorisation de l'outil par ses concepteurs : objectifs, date de construction, points forts, points faibles, mode de construction, mode d'emploi, nombre d'utilisateurs (et coût pour l'utilisateur), évaluation.

Un lien vers ce questionnaire a été adressé par courrier électronique aux responsables des structures de médecine générale organisatrices du congrès de la médecine générale. Les données ont été saisies directement par les répondants sur le questionnaire en ligne (Google document). Les résultats apparaissent dans un tableau Excel. En l'absence de réponse d'une structure, ou en cas d'oubli d'un outil dont nous avons connaissance, une relance par mail a été effectuée. Le dépeuplement des réponses a été effectué manuellement.

Résultats

29 outils ont été recueillis, provenant de 10 structures différentes.

Outils tournés vers la recherche

– Revue EXERCER, développée par le CNGE : publication de travaux de recherche en médecine générale (environ 1 000 abonnés).

– Formations à l'expertise en médecine générale, développées par la SFDRMG dans le cadre de ses séminaires depuis 2008. Le but de ces formations est d'identifier les spécificités des différentes strates du système de soin, de définir et transmettre les données spécifiques et le rôle de l'expert en soins primaires, d'apprendre à rédiger des textes de synthèse concernant les particularités de la pratique en soins primaires.

– Tableaux de bord des suivis numériques (TBS), développés par la SFTG et ASTI (aide au suivi et à la thérapeutique informatisée), depuis 2004. Cet outil permet d'afficher en un seul écran tous les éléments des suivis d'un patient (procédures cliniques et biologiques pour le suivi d'une pathologie chronique, suivi préventif, rappel des procédures par une alarme visuelle). Il permet également l'accès en un clic à des

informations extraites des recommandations concernant l'interprétation de résultats biologiques ou la réalisation d'une procédure. Le TBS peut être intégré dans un logiciel médical.

– Observatoire de la Médecine Générale (OMG), développé par la SFMG : recueil des informations de santé objectives permettant d'éclairer la pratique professionnelle développées à partir d'un réseau de médecins généralistes informatisés qui adressent régulièrement leurs données anonymisées au département d'information médicale de la SFMG. Chaque investigateur peut également accéder à ses données personnelles et se comparer au groupe pour chacun des diagnostics (<http://omg.sfm.org>). Une lettre mensuelle est adressée aux adhérents.

– Documents de Recherche en Médecine Générale de la SFMG (publiés depuis 1981, référencés INIST depuis 2008).

– Lettre de SFMG (mensuel adressé aux adhérents).

Outils tournés vers la publication et/ou la documentation

– Bibliothèque des Résultats d'Evaluation critique Structurée (BREVES), développé par ADESA-MGForm depuis 2009 : publication des Résultats d'Evaluation critique Structurés (REVES) exposés lors de groupes de pairs. Ces échanges et analyses des pratiques aboutissent à des travaux de recherche regroupés en ligne (BREVES) et donc accessibles à tous et pendant la consultation. L'accès est gratuit, mais le problème reste la publication de REVES. Cet outil permet cependant de valoriser et de développer les échanges entre confrères et permet également une analyse réflexive des pratiques.

– BIBLIOMED : hebdomadaire publié par la SFDRMG depuis 1996, à partir d'une veille documentaire sur une quarantaine de revues internationales dont le BMJ, Lancet, NEJM, JAMA, Family Practice, BJGP, etc., synthétisant les données actuelles (et d'actualité) de la science sur une question précise et pertinente pour la pratique de la médecine générale. Le coût est de 30 euros/an. Les abonnés sont environ 4 000.

– Base de données du centre de documentation de l'UNAFORMEC, développée depuis la même époque : articles référencés dans la quarantaine de revues précédemment citées sélectionnés pour leur pertinence pour les soins de premier recours et la pédagogie médicale. L'accès par internet est gratuit et utilisé par environ 3 000 médecins.

– Revue MÉDECINE, développée depuis 2005, exclusivement sur abonnements payants (environ 1 500 abonnés pour un coût de 70 à 125 euros/an) et sans publicité de l'industrie. Sa ligne éditoriale est une information indépendante centrée sur les soins primaires (stratégies thérapeutiques en soins de premiers recours, évaluation des produits de santé, échanges entre professionnels et recherche en soins primaires).

– Bancathese2, développée depuis 2005 par le CNGE : banque de données informatiques qui regroupe les projets de thèse, les thèses en cours ou les thèses exécutées afin de mutualiser les travaux et d'en permettre l'accès aux internes ou directeurs de thèse (bancathese2.free.fr).

– Bibliographie commentée : synthèse francophone réalisée par le CNGE depuis 2001 (environ 3 000 références) des principales études cliniques pertinentes pour la pratique des

médecins généralistes et publiées par les autorités de santé ou dans des revues.

- Référentiel métier : livre édité en 2009 par le CNGE, donnant une définition du métier de médecin généraliste pour les professionnels de santé en exercice ou en formation, les pouvoirs publics ainsi que pour les patients (définition faite à partir de situations cliniques).

- Livre de thérapeutique en Médecine Générale édité en 2009 par le CNGE, pour donner aux généralistes un référentiel de prise en charge thérapeutique des principales affections vues en consultation.

Outils d'aide au diagnostic

- BREVES (cf. ci-dessus)

- Aide à la rédaction de feuille de soins pour les actes complexes, développé par MGForm depuis 2007. La recherche d'un code CCAM se fait par mots-clés.

- Détermination du risque cardio-vasculaire du patient en ligne, développé par MGform depuis 1998 : www.rcva.c.la.

- Écriture de cas et établissement de diagnostic global développé par l'AFMG depuis 1979. Cet outil est basé sur l'observation participante, l'observateur s'observe lui-même comme acteur de la situation et peut ainsi identifier les pratiques *a posteriori*. L'utilisation de cet outil s'acquiert au cours d'un séminaire.

- BAZURIAP, développé par la SFDRMG depuis 2009. Cet outil permet un accès simple et rapide aux recommandations de la HAS pendant la consultation (réponse en moins de 2 minutes).

- Questionnaires autoadministrés (QAA), développés par la SFDRMG depuis 2009 : questionnaires destinés à tout nouveau patient consultant en médecine générale permettant de recueillir son histoire médicale, certains indicateurs de son état de santé présent en vue de l'élaboration du projet thérapeutique et du suivi médical. Cet outil est gratuit mais encore en protocole de recherche.

- Tableaux de bord des suivis numériques (cf. ci-dessus).

- Dictionnaire des résultats de consultation³ (DRC) de la SFMG.

- Dépican² : outil d'aide au diagnostic des cancers avec classement par groupes à risque et procédures de dépistage adaptées (SFMG).

- Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de médecine générale (DRFC²) qui permet un accès rapide aux recommandations francophones selon les résultats de consultation.

- Freevax, outil informatique d'aide à la décision concernant la vaccination développée par FMC ActioN depuis 2006 à partir d'un projet déposé au FOPIM. Son principal point faible est le manque d'utilisation réelle, il existe en effet peu de situations problématiques touchant à la vaccination.

- Tableau électronique de suivi de grossesse développé par FMC ActioN depuis 2007 : tableau excel permettant de programmer les éléments de suivi d'une grossesse normale. Cependant il n'y a pas d'interface possible avec le dossier patiente.

- ORDOFOPIM développé par APIMA (membre de fmc ActioN) depuis 2005 : logiciel d'aide à la prescription permettant de prescrire en DCI tout en conservant la sécurisation par une banque de données. Cependant il nécessite un abonnement en parallèle à une banque de données (type Banque Claude Bernard) et doit être interfacé avec un logiciel de dossier.

Outils de la décision partagée avec le patient

- Questionnaires autoadministrés (QAA), développés par la SFDRMG (cf. ci-dessus).

- Plan de prévention personnalisé développé par MGForm depuis 2004 principalement en Franche-Comté pour développer des plans de prévention et d'éducation du patient afin qu'il s'approprié sa maladie.

- Conseil aux voyageurs en avion, développé par MGForm depuis 2000. Cet outil est une page web qui recense des questions courantes ainsi que des trucs et astuces afin de mieux voyager en avion (femme enceinte, sujet diabétique). Sur <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/aero/public/m>

- DicoMed développé par MGForm depuis 2001 permet de traduire l'interrogatoire médical dans une langue étrangère (12 domaines de la médecine). Il est gratuit et utilisé par 500 médecins/mois. Sur <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/dicomed/>

- Tableaux de bord des suivis numériques (cf. ci-dessus)

- Groupes Balint développés par Mickael Balint vers 1965 et utilisés par la Société Médicale Balint. Le but de cet outil est d'améliorer la relation médecin-patient en permettant un suivi personnalisé des patients afin d'obtenir leur adhésion à la décision médicale. Les médecins apprennent ainsi à identifier et repérer les éléments influençant leur prise de décision. Les médecins se réunissent et présentent des cas cliniques qui leur ont posé problème. Le coût est d'une consultation par séance Balint, mais il existe également des séminaires de financement conventionnel.

- Groupes de pairs de la SFMG : méthode de formation proposée depuis les années 80. Depuis 2006 c'est également une méthode d'EPP agréée par l'HAS.

Discussion/Conclusion

Les outils développés par les structures de médecine générale ont été développés indépendamment au sein de chaque organisation. Pourtant, il existe une complémentarité entre eux. Historiquement, si les sociétés scientifiques et de formation en médecine générale sont issues pour la plupart de l'UNAFORMEC, elles se sont développées séparément, voire en concurrence. L'officialisation de la création du Collège de la Médecine Générale au cours du congrès de la médecine générale de 2010 va permettre de travailler sur des bases coopératives. La table ronde qui a permis de recenser les outils présentés dans cet article a été réalisée par 7 structures de médecine générale, qui ont coopéré pour son élaboration.

Ces outils ont pour objectifs la qualité et la sécurité des soins. Leur élaboration rigoureuse, leur évaluation avant mise à

3. Ces outils sont gratuits et disponibles sur www.sfm.org.

CONCEPTS ET OUTILS

Outils

disposition, leur actualisation régulière, ont un coût qui n'a été pris en charge que très peu par des financements institutionnels. Parallèlement, les médecins ne sont pas habitués à payer pour la mise à disposition d'outils spécifiques. Ceci est un obstacle majeur à leur développement.

Il a été conclu de la table ronde de Nice qu'une coopération plus étroites entre les structures de médecine générale était maintenant nécessaire pour mettre ces outils en synergie, notamment en créant une base de données et des fiches techniques permettant aux généralistes d'en avoir connaissance, mais aussi de travailler en amont de la production pour définir les besoins des généralistes, donner la priorité à

certaines productions. Ce pourrait être un rôle du Collège de la Médecine Générale.

Ce travail n'a concerné que les structures organisatrices du congrès. D'autres outils sont développés en France par d'autres associations. Dans la francophonie, il existe également de nombreux outils. Un recensement complémentaire fera l'objet d'un travail en 2011.

Conflits d'intérêt : les différents participants de la table ronde sont « intéressés » par le développement et la diffusion des différents outils présentés. Il ne s'agit évidemment pas d'intérêts financiers...

Références :

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
2. Garg AV, Adhikari NKJ, McDonald H, Rossa-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(15):1923-30.
3. Rendell R, Mitchell N, Dowling D, Cullen N, Thompson C. Effects of computerized decision support systems on nursing performance and patient outcomes: a systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2007;12(4):242-9.
4. Pearson SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, et al. Do computerized clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of literature 1990-2007. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:154.
5. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ*. 2005;330(7484):765.
6. Lobach DF, Hammond WE. Computerized decision support based on a clinical practice guideline improves compliance with care standards. *Am J Med*. 1997;102(1):59-66.
7. Damiani G, Pinnaelli L, Colosimo SC, Almirante R, Sicuro L, Galasso R, et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):2.

Outils d'aide à la décision en médecine générale

- Les différentes sociétés et associations de médecine générale française ont développé des outils de la qualité et de la sécurité des soins. Une synergie spontanée existe entre la plupart d'entre eux mais un travail coopératif pourrait améliorer encore ce résultat au bénéfice des praticiens. Ce devrait être un chantier important du Collège de la Médecine Générale.

Tools for decision support in general practice

Different societies and associations of French general practice have developed tools for quality and safety of care. A spontaneous synergy is shared between most of them but collaborative work could further improve this result to the benefit of practitioners. It should be a major project of the French College of General Practice.

Key words: decision support systems, clinical

ANNEXE 6 : trame de l'entretien semi-dirigé

Les utilisations et les attentes des médecins généralistes du Loiret de l'utilisation d'outils d'aide à la décision médicale pendant la consultation.

1. Caractéristiques des médecins rencontrés.

- a) Quelle est votre année de naissance ?**
- b) En quelle année avez-vous passé votre thèse ?**
- c) Quelle est votre année d'installation ?**
- d) Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ?**
Urbain, semi-rural, rural
- e) Avez-vous une spécificité d'exercice ?**
DU, capacité, activité salariée, travail à temps partiel, enseignement, agrément
- f) Etes-vous adhérent ou participant à une association de formation médicale continue ?**
Association locale, nationale
Relances : Quel rôle, quel statut, à quelle fréquence ?
- g) Quelles sont vos sources de formation, d'information ?**
Formation médicale continue locale, nationale, soirées, presse médicale, non médicale, internet
- h) Avez-vous une connexion internet sur votre lieu d'exercice ?**

2. Généralités sur les OAD : connaissance et recueil des outils.

- a) Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision ? En avez-vous une définition ?**
En cas de non réponse, passer à la question suivante puis les relancer avec les outils cités
- b) Quels sont ceux que vous utilisez dans votre quotidien en consultation ?**

3. Les freins à l'utilisation des OAD.

- a) Avez-vous des freins à l'utilisation des OAD ? (Pourquoi ?)**
Relances : Points faibles
- b) Connaissez-vous des OAD que vous n'utilisez pas en consultation ? (Pourquoi ?)**
Relances : outils en cours de développement, utilisés par des confrères ? sous-utilisation d'outils du logiciel

4. Mode de découverte et moteurs à l'utilisation des OAD.

- a) Comment avez-vous connu ces OAD ?**
Relances : formation initiale, continue, recherche personnelle, confrères
- b) Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes en avez-vous de leur utilisation pour votre pratique quotidienne ?**
Relances : points forts
- c) La gratuité des outils est-elle un élément important pour vous ? (Pourquoi ?)**
- d) Quels sont les besoins dans votre pratique auxquels ces outils pourraient répondre ?**

5. Les limites des outils

- a) Quels reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?**

Relances sur les obstacles rencontrés à l'utilisation des outils, les freins, les OAD non ou sous-utilisés

b) Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

6. Pour finir, une question d'ouverture : Qu'aimeriez-vous ajouter à cet entretien ?

ANNEXE 7 : Entretiens (cf CD-Rom)

Entretien avec M1

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M1 - 1957

SC - En quelle année as-tu passé ta thèse ?

M1 - J'aurais du préparer avant, 80 euh je refais des calculs mentaux, 1987.

SC - Quelle est ton année d'installation ?

M1 - 1987

SC - Comment qualifierais-tu ton activité médicale ?

M1 - Elle a débuté en semi-rurale, elle devient plutôt quand même à tendance citadine. Et j'ai commencé à travailler en groupe et en équipe et j'ai l'impression de continuer en équipe et en groupe (*rites*).

SC - As-tu une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M1 - Alors, j'en ai une qui n'a plus beaucoup d'importance, j'avais ce qu'on appelle une compétence de pédiatrie. Ça veut dire que j'ai fait une première année du CES de pédiat' comme on pouvait faire à l'époque. Ça m'avait permis de travailler en PMI et puis ça renforçait les bases. Donc j'ai ce qu'on appelait une compétence de pédiatrie, je sais pas si c'est encore reconnu.

Et j'ai un CES de médecine du sport.

SC - Es-tu adhérente à une association de médecine générale ?

M1 - Non.

SC - Quelles sont tes sources de formation, d'information ?

M1 - Hum, je dirais, le fait de me contraindre principalement à faire quelques week-ends de formation tous les ans et puis la lecture entre *Prescrire*, bon et puis après des soirées de formation au pied levé, je n'ai pas de réseau régulier.

SC - Et les week-ends de formation, c'est quelque chose de régulier auprès d'un réseau ?

M1 - Le plus souvent, soit l'AFML, soit MG et puis après ça dépend d'éventuels projets ou des thèmes de formation qui m'intéressent, je paye la cotisation à l'AFML par exemple si je veux faire la formation chez eux mais je ne suis pas membre active de ces structures.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision ?

M1 - Non, ça fait partie de cette terminologie que j'entends, que je ne discerne pas clairement.

SC - D'accord, donc pour toi ce n'est pas une notion très claire mais pourrais-tu en donner une définition ?

M1 - Vu comme ça, je dirais c'est se référer pour moi aux études, euh, oui je dirais plutôt c'est ça, se référer à des études, pour moi, par exemple, aux articles de *Prescrire* par rapport à des choix thérapeutiques ou des choix d'attitude à tenir, c'est comme ça que je l'entends. Avec peut-être quelque chose de plus codifié, mais personnellement je n'ai pas de référence précise.

En pratique de tous les jours, j'ai l'impression de ne pas être aux vifs, si tu veux de la dernière étude. Enfin au bout de 25 ans de pratique, j'ai envie de te dire, les études tu les vois passer, repasser et rerepasser. Mais de temps en temps, oui, ne pas avoir de document rapide où je puisse aller fouiller pour me dire « tiens, quelle est l'attitude actuelle par rapport à telle ou telle conduite à tenir.

SC - En utilises-tu dans ton quotidien en consultation ?

M1 - J'en ai quelques-uns, si, bien sûr, mais c'est moi qui ai collecté petit à petit le truc de l'AFSSAPS, ce genre de documents qui sont dans mon sous-main, ça oui.

SC - Pourrais-tu les lister ?

M1 - Je dois avoir clairement la tablette du cholestérol par rapport aux facteurs de risque qui est quelque part sur mon sous-main. Je dois avoir, je ne sais pas si tu le rentres dedans, des échelles d'IMC parce que ça aussi c'est un outil intéressant. Quoi encore, quelques données sur le traitement du diabète avec le choix de l'antidiabétique prioritaire parce que ce sont des données que j'ai à portée de main. Tu vois, de but en blanc, ce sont peut-être les seuls qui me viennent en tête.

SC - As-tu une connexion internet dans ton cabinet ?

M1 - Oui, mais là je suis internet-retardataire et s'il y a des documents, j'ai besoin qu'ils soient écrits.

Si, j'irais fouiller un sujet le soir, un truc rare, un machin ou autre, mais je suis encore de ceux pour qui le document où je clique, je n'arrive pas encore à me fixer dessus, il me faudra à un moment donné un document écrit glissé quelque part. En consultation, je vais potasser un sujet avant ou après la consult', mais si je dois travailler avec un document ou discuter avec un patient, je lui mettrais quelque chose sous les yeux ou j'aurais quelque chose sous les yeux.

SC - Si c'est une question au pied levé d'un patient en consultation ?

M1 - J'arriverais pas à aller regarder internet et à lui donner la réponse immédiate, à la limite je lui promettrais de lui donner la réponse la fois suivante. Je n'ai pas la vivacité d'intégrer internet, pour moi cela représente un travail. En plus, je dois avoir une mémoire visuelle, donc dès que c'est effacé, j'oublie ce que je viens de voir.

SC - Dirais-tu que tu as des freins à utiliser les outils d'aide à la décision ?

M1 - Des freins non. Les freins pour moi, c'est comme d'habitude, c'est le facteur temps, c'est celui effectivement de prendre le temps, quand tu te dis à 3h de l'AM « tiens il faut que je regarde ça, à 10h du soir », ou tu l'auras oublié, ou t'as la flemme honnêtement. Donc je pense un des freins, c'est pas de prendre le temps d'aller chercher la source d'information directe mais savoir où aller chercher est aussi un obstacle car il faut aller farfouiller. Si on me proposait un endroit sûr où j'ai que 3 clics à faire pour trouver la réponse, ce serait parfait mais ça n'existe pas.

SC - Ca peut exister.

M1 - Mais il faut aussi un outil objectif que l'on puisse remettre en comparatif ailleurs et étudier en facteur temps.

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M1 - Internet dans sa globalité (*sourire*).

Il y en a sûrement d'autre, des formations plus spécifiques ou autres.

SC - Pourquoi utilises-tu ces outils et quelles attentes as-tu de leur utilisation ?

M1 - Avoir de temps en temps les idées claires, parce que je pense que, quand tu es en face d'un patient tout seul, en plus à la limite si tu voulais tu pourrais bricoler ce que tu veux en fonction de ce que tu penses, de ce que toi, tu crois, de tel ou tel critère. En fait, je pense que pour rester à peu près lucide, il faut qu'on puisse se rattacher à des documents de référence, à la limite j'en reviens à l'histoire du cholestérol, je pourrais le faire comme je le sens moi en fait, mais ce n'est pas rationnel.

SC - C'est parce que ce n'est pas rationnel que tu le fais mais y a-t-il d'autres choses ?

M1 - Oui, mes connaissances ne sont pas sûrement suffisantes, mais à la limite il faut une base, pourquoi est-ce que moi je déciderais de traiter telle pathologie, chez tel patient et surtout, sur quel critère.

SC - Quels sont tes besoins dans ta pratique quotidienne auxquels ces outils pourraient répondre ?

M1 - Je sais pas, plein de choses, j'ai l'impression de pa-taucher avec allégresse dans toute la pharmacopée cardiologique (*sourire*).

Je pense que la traçabilité dans les dossiers est aussi intéressante, d'autant plus que l'on travaille en équipe. L'intérêt de l'équipe, c'est une forme de remise en cause, c'est-à-dire être capable de demander à l'autre, explique-moi pourquoi tu as mis tel ou tel truc, par contre c'est vrai que le faire d'avoir une meilleure traçabilité, ça permet aussi pour nous qui travaillons en équipe, de s'y retrouver plus vite.

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

M1 - En un, le fait d'être remis en cause.

Deux, parfois un côté que j'appellerai en blaguant, intolérant, car au fur et à mesure des années de médecine générale tu vois arriver des règles ou des trucs comme des « U cases » qui, en fait, 10 ans plus tard, vont être remis en cause par une autre étude qui prouve le contraire. Donc j'ai envie de dire une absence de nuance. Qu'on ait au moins l'honnêteté de dire qu'au jour d'aujourd'hui, il semblerait que la meilleure attitude soit, et non pas il faut. Par exemple le calendrier vaccinal qui a existé il y a à peu près 15 ans et qui a remodelé le BCG. Et à chaque fois, c'est présenté comme il faut. C'est cette absence de nuance qui m'agace.

SC - Et alors tu fais ?

M1 - Je modère (*rire*).

SC - Qu'attendrais-tu d'un outil idéal ?

M1 - Rapidement accessible, ça c'est sûr.

SC - Sur ordinateur ou sur papier ?

M1 - Oui, je pense qu'au bout d'un moment, si j'étais sûre de savoir d'emblée où aller chercher, l'accès internet serait plus facile et je pense que je ne dois pas être la seule de ma génération à avoir ce problème.

Donc rapidement accessible, de source clairement établie, euh le délégué médical l'autre jour qui m'a présenté une étude d'un médicament en ne sachant même pas me dire sur combien d'années ils avaient de recul, parce qu'il ne le savait pas encore, c'était plutôt humoristique quand même.

Donc de source établie par l'organisme qui a établi l'outil, dans quelle filière, en combien de temps, sur combien de patient. Ça sûr.

SC - Il y a des sources qui te semblent plus fiables ? Tu parlais par exemple de Prescrire toute à l'heure ?

M1 - Relativement, mais complexe pour ma pratique quotidienne car ils ont une attitude de défense anti-tout, je pense quand même. Et reconnais qu'à mois d'être hyper-concentrée, il y a certains de leurs articles à lire, si on veut en tirer quelque chose, il faut être très très concentrée et le lire plusieurs fois.

J'attendrais une datation aussi, car il y a toujours une évolution.

Que ce soit un outil à peu près pratique. C'est gentil de me rappeler que telle molécule est efficace, mais comme je ne sais plus laquelle c'est, il va falloir que j'aille chercher sur le Vidal quelle molécule c'est et moi, je perds un temps fou.

L'aspect médico-légal qui est un aspect auquel je n'ai pas été très sensibilisée et sur lequel il faut être vigilant

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que tu souhaiterais ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M1 - Tu parles des outils, mais il y a aussi autre chose, je ne sais pas si ça rentre dans ton étude. Je suis comme tous les médecins qui ont quitté maintenant la fac depuis pas mal d'années, même si tu essaies de suivre, de te former et tout, tu as obligatoirement, je trouve, à un moment donné, des lacunes qui s'installent, l'impression que tu as oublié des choses. Et ce que je regrette beaucoup, on parlait des outils de formation, c'est que je trouve qu'on a beaucoup de formations euh, déjà un certain nombre orientées. Euh, c'est-à-dire de formation sur le risque cardio-vasculaire. On oublie de nous refaire des formations, je trouve, de culture de base, de connaissances médicales réactualisées. Je veux dire quand je relis en cardio, inotropes positifs et négatifs, tu as de vieux rouages qui se mettent en route en te disant, ah oui attends, au fait (*rire*) et ça je regrette beaucoup.

Je n'ai pas l'impression que ce soit repris dans les formations. Regarde, si tu en fais, il va y avoir beaucoup de données générales, de dépistage mais on oublie de nous redépoussiérer les neurones. Et ça, je ne sais pas si ça peut être un outil de décision mais je pense que de temps en temps, on aurait besoin de revoir tout simplement nos connaissances de base.

Par exemple sur le sida, je n'ai jamais revu la moindre formation et pourtant j'en guète une qui te reprenne, par exemple, en gros la pathologie dans son ensemble les mécanismes les trucs. C'est à toi d'aller relire tes trucs, tes bidules mais ça, tu n'en trouves plus.

Si tu regardes nos formations actuelles, elles sont orientées sur des grands courants de politique de santé principalement, euh mais où tu as l'impression que nos connaissances de base sont considérées comme acquises, mais tu as 50% de la population médicale à avoir plus de 50 ans. Donc, même à grand renfort de formations ici et là, à moins d'y consacrer un quart de son temps, ce que l'on ne peut pas, ce n'est pas acquis et au contraire, ça s'efface.

Je trouve quand même que depuis quelques années où j'essaie d'éplucher chaque début d'année les programmes des associations, tu retombes sur presque toujours la même chose, hein, honnêtement. Et moi ça m'arrive, je cible dans l'année une formation sur un sujet en me disant que ça va me dépoussiérer, il n'y en a pas tant que ça.

Ca fait une éternité que par exemple je recherche un calendrier de la vaccination parce qu'on en a vu, euh, hein

tout... Donc entre le calendrier rigide qui t'arrive, le pédiatre qui te dit « bon ben ça va, tant qu'il les a eus tous avant deux ans, vous arrachez pas les cheveux, on va pas faire les injections de rappel », les parents qui t'interrogent sur le bien-fondé, tu as des bribes, des ma-

chins, des trucs. Regarde le BCG, il y a 15 ans, fallait le faire à tout le monde et maintenant, faut même plus le faire aux petits.

Donc tu essaies de naviguer au milieu de tout ça.

Entretien avec M2

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M2 - 1976

SC - En quelle année as-tu passé ta thèse ?

M2 - Euh, mon fils est de 2005, donc 2006.

SC - Quelle est ton année d'installation ?

M2 - 2006

SC - Comment qualifierais-tu ton activité médicale ?

M2 - Euh, t'en sais autant que moi, euh, je dirais entre urbain et semi-rural.

SC - As-tu une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M2 - Non, aucune. Je brûle les verrues mais c'est tout (*sourire*).

SC - Es-tu adhérent à une association de médecine générale ?

M2 - Euh non. Association, ça veut dire tout ce qui est, euh...

SC - Bah l'UNAFORMEC, MG FORM...

M2 - Non, non, je connais un petit peu, j'ai déjà fait des choses avec les deux là, UNAFORMEC et MG Form, mais je suis pas adhérent et ça fait longtemps d'ailleurs que j'ai pas fait de formation.

SC - Justement quelles sont tes sources de formation, d'information ?

M2 - Euh, c'est plutôt pour l'instant, euh, tout ce qui est, euh, comment on dit, euh, la presse médicale entre *Prescrire*, *la Revue du Prat Médecine Générale* et *la Revue du Prat*. Voilà, c'est les trois où je suis abonné.

Bah les formations, j'en avais fait un petit peu jusqu'à ce que je sois installé mais depuis faut que je m'y remette. Ça fait déjà cinq ans, hein (*sourire*).

SC - C'est plus par manque de temps ?

M2 - Euh, manque de temps, mais comme d'habitude un manque de temps, je pense que je pourrais, mais c'est plus les premières démarches à faire pour se relancer dans le truc. C'est juste que jusqu'à présent j'étais plus dans le lancement du cabinet on va dire. Bah et maintenant je suis pris dans la routine et, euh, mais c'est plus ça.

Au début, c'était plus parce que je sortais de la fac et que, après la thèse, on est content d'exercer. Voilà c'est plus ça. Avec projet de me relancer dans les formations médicales continues.

SC - Et des sites internet ?

M2 - Eventuellement, y en a deux où j'ai un code d'accès, euh, trois. Bah, ça correspond aux revues. Je vais lire très régulièrement sur celui de la revue *Prescrire*, je vais un petit peu sur euh, y avait un truc là aussi qui s'appelle *Egora* où je sais plus quoi, c'est avec *la Revue du Prat*, c'est le site qui va avec. Donc ça fait deux.

Et puis, bah, ben, bien sûr, je vais sur l'AFFSAPS, c'est où je vais le plus et puis pour voir le BEH, ça j'y vais au moins plusieurs fois par an. Je vais y attraper les trucs sur les voyageurs et les vaccins tous les ans.

Voilà donc BEH c'est par l'INVS. Oui ça, c'est des sites où je vais quand même régulièrement. En période de grippe

aussi, j'aime bien aussi savoir quand ça commence, la bronchiolite aussi. C'est l'INVS ça.

Y avait la Haute Autorité de Santé aussi. Donc voilà.

Et ça, c'est vrai depuis que, bon ben ça a changé de nom, mais voilà depuis que je suis étudiant, j'y vais pour suivre les recommandations depuis que je fais de la médecine générale même en tant qu'interne.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision ? Et peux-tu en donner une définition ?

M2 - Non, pas vraiment. Euh outil, euh comment on peut définir un outil d'aide à la décision. EUH, ça va pas « euh » comme définition (*rire*), ça peut être une réponse, non ?

SC - En utilises-tu dans ton quotidien en consultation ?

M2 - Certainement, euh, alors après, euh...

SC - Et bien ce que tu m'as dit c'en est déjà.

M2 - Voilà, oui, oui j'ai bien compris. Après dans l'immédiat en consultation parfois j'en ai aussi si je réfléchis, qu'est ce que je vais avoir. Bah, déjà le *Vidal*, ça c'est une évidence, le *Vidal informatique* mais ça c'est la même chose. Papier, informatique. Puisque c'est même relié sur le logiciel. Donc ça je m'en sers beaucoup, beaucoup.

Sinon bah, qu'est ce qu'il y a d'autres...

J'ai des petits livres comme tout le monde, alors après je sais pas, que j'utilise en consultation. Celui que j'utilise beaucoup c'est le *Pilly* pour la maladie infectieuse. J'utilise un truc, euh, aussi d'analyses biologiques qui est à côté de moi, je sais pas comment il s'appelle. C'est un recueil pour toutes les normes des examens biologiques en fonction des examens. Par exemple, les protéines pour l'électrophorèse des protéines : alpha, bêta en fonction des normes c'est toujours un casse-tête. Donc, j'ai ça à côté de moi, aussi proche que le *Vidal*. De temps en temps, j'utilise ça aussi, il est vraiment à côté de moi, c'est les urgences médicales par *Elrodt*.

Après, j'ai tous mes livres d'interne où je vais rechercher après les consultations ou pendant que je reçois les examens biologiques. C'est souvent comme ça que ça se passe. Ça veut dire, oh on va demander une prise de sang, bon ben et puis comme ça on va réfléchir et puis on reçoit le truc et puis vite fait je me penche dessus et je regarde, ah mince.

Ah si, et puis un outil utile, c'est les autres, les autres médecins, je sais pas si on dire que c'est un outil d'aide à la décision. Oui c'est pas mal, ça aussi, de temps en temps, les confrères ça peut aider, généralistes et spécialistes.

Mais même quand on demande des examens complémentaires, aussi, dans ce cas-là, on utilise beaucoup de choses, l'examen clinique. Mais bon, tu parles plutôt des supports.

SC - Oui plutôt des supports.

M2 - Bah, dans le logiciel, il y a tout ce qui est pour le calendrier pour la grossesse, quand commence le congé maternité. Sinon après, bah, j'ai pas de support sauf le dossier parce que tous les examens biologiques, je les mets dedans, pour la toxo' tout ça. Pour le suivi de patient par-

ticulier, bah, souvent sur la page de gauche dans le dossier, j'écris les choses, les antécédents, les allergies mais ça c'est plus relatif aux patients.

J'ai aussi des alarmes dans mon dossier informatique mais c'est plus pour les interactions médicamenteuses et les allergies, puisque je rentre pas les pathologies de façon interprétable par l'ordinateur. C'est-à-dire que je fais pas le système, parce qu'il y aurait pour les contre-indications par rapport au traitement mais, en gros, l'ordinateur ne comprend pas quand je rentre les pathologies. Donc, pour ce qui est des contre-indications, je vais très régulièrement sur le Vidal quand je prescris des médicaments, l'avantage de l'ordinateur, c'est que le patient voit pas ce que tu fais (*sourire*).

SC - Dirais-tu que tu as des freins à utiliser les outils d'aide à la décision ?

M2 - Bah, par exemple, le patient est en face donc si on sort tous les livres en disant bon alors... (*sourire*), c'est le plus gros frein. Si, bah, il y a l'accès à l'information, pour trouver les choses, c'est-à-dire que le gros frein c'est de se dire où est-ce que je vais trouver ça. Et euh comme tu sais pas trop forcément où tu vas trouver des choses, bah, c'est un gros frein pour chercher. De temps en temps y a des trucs où je sais pas trop, donc, dans ce cas-là, comment on fait bah, c'est là que le spécialiste va intervenir. Quand voilà, quand je sèche devant un problème, bah, c'est plus le spécialiste ou les confrères : est ce que tu as déjà vu le même cas et qu'est ce que t'as fait ?

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M2 - (*sourire*) Non, il doit y en avoir, bah déjà par rapport au diabète ou d'autres maladies il doit y avoir des choses, bah, on peut en créer plein.

Je pense que c'est vrai que je connais pas bien ce genre de chose parce qu'après je pense qu'il suffit de les créer.

Après, je pensais à une chose aussi ça me revient. Pour calculer l'indice de Ruffier Dickson chez les sportifs, j'utilise Excel, c'est-à-dire que je rentre les données et il me le calcule automatiquement.

SC - Comment as-tu connu les outils que tu utilises ?

M2 - Euh, mes études, oui c'est ça. L'AFSSAPS, l'HAS, ça, c'est les stages chez les médecins généralistes. Prescrire, c'était même avant mais c'est aussi les médecins généralistes chez qui j'ai fait mon premier stage. C'est ça en gros. Ca, c'était avant, quand j'étais interne pour le livre des urgences médicales et celui pour les examens biologiques c'est des médecins généralistes qui m'en ont parlé.

SC - Pourquoi utilises-tu ces outils et quelles attentes as-tu de leur utilisation ?

M2 - Répondre aux questions. Surtout ça oui. Après, peut être, que j'ai une définition restreinte de la chose mais c'est ça c'est par rapport euh, bah, par exemple mettre un traitement et vérifier les interactions et les contre-indications. Donc voilà connaître les réponses aux problèmes que je me pose.

Et alors, après dans les aides à la décision, il y a aussi toutes les recommandations, les choses comme ça je pense. Parce que oui, la définition je ne la connais pas forcément très bien, donc c'est un apport pour savoir quoi faire mais ça c'est plutôt en amont du problème.

Après dans ces cas-là, il y a aussi le problème du temps et des modifications des choses, c'est-à-dire que effectivement, bah, en médecine générale il y a je sais pas combien

de pathologies, il y a une infinité de pathologie euh, des recommandations il y a en n, n+1, bon ben y en a beaucoup qui changent régulièrement, qui sont remises en cause, donc oui y a ça dans les limites, l'évolution des connaissances.

Euh et puis, en même temps, y a le nombre de patients qui augmente, on consulte jamais suffisamment, et puis les enfants faut quand même s'en occuper quand on rentre à la maison. Oui (*sourire*).

Le manque de temps est quand même un facteur.

SC - Quels sont tes besoins dans ta pratique quotidienne auxquels ces outils pourraient répondre ?

M2 - Bah, justement oui, le manque de temps et puis même l'évolution des choses, des données, c'est vrai que ça pourrait répondre à ça.

C'est-à-dire que si j'allais tout le temps vérifier les différentes recommandations, les différentes choses. Bah, je serais parfait et surtout tout change ! Depuis que j'ai fini mes études, même déjà avec mes études, je pense que j'ai pas tout appris et c'est sûr et c'est vrai maintenant il y a plus le côté pratique. Le côté pratique est moins... Dans les limites, on n'a pas non plus parlé d'aide à la décision avec les formations médicales, les choses comme ça, mais la pratique est formatrice aussi. Et bon, c'est vrai que tout ça, c'est beaucoup des choses très théoriques et je m'étais dit au début, je me concentre plus sur le côté un peu pratique et tout ce qui est formation, bah, comme j'en avais fait un peu avant tout ça. Bah en voyant des malades je vois quand même pas mal de sémio et j'ai fait des progrès de ce côté-là. Après, dans la théorie, je me suis un peu éloigné des changements et tout ça.

Après j'ai vu pas mal de choses que je n'avais pas forcément vu pendant mes études, on ne peut pas tout faire ! Il faudrait ! (*sourire*)

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

M2 - La facilité d'accès, euh, qu'est ce qu'il faudrait, euh... Concrètement je regarde, je réfléchis.

C'est vrai comme ça, on a envie de dire qu'il faudrait quelque chose qui colle à ma pratique. J'ai déjà vu y a des fois où il te demande dans différents sites s'il y a des choses qui t'intéressent, des domaines qui t'intéressent alors j'ai déjà répondu, alors cardio, pédiatrie et gynéco. Bon ben déjà voilà, alors c'est vrai que si tu commences à faire ça après t'as des trucs hyper-pointus là-dedans mais après tu perds des choses qui peuvent t'intéresser ailleurs. Donc, à la fois il faut du spécifique et du général.

SC - Tu n'as donc pas trouvé un outil qui te convienne suffisamment ?

M2 - Moi, je pense qu'à la fois il faut essayer de partir sur différentes choses. Je pense que quand tu prends une revue et que tu ouvres une page au hasard bah finalement ça te sert, tu savais même pas que ça existait. Par exemple, les outils d'aide à la décision, je ne savais pas ce que c'était. Moi, ça m'est arrivé plein de fois de pas comprendre le titre donc de pas regarder. Et puis, finalement, pour une raison x ou y, et ben tiens je vais regarder quand même et finalement ça t'intéresse. Et donc il faut à la fois des choses pointues quand t'as envie et prendre aussi des choses au hasard euh, auxquelles tu ne te serais pas intéressé et finalement c'est un plus aussi.

Donc je pense qu'il faut faire un peu les deux, approfondir des choses quand on a des questions bien spécifiques.

Donc ce serait peut être à moi de noter effectivement quand je vois des patients, tiens ça, et pourquoi pas avoir un petit carnet pour noter et me dire tiens il faut que j'approfondisse telle chose, telle chose. Et en même temps avoir un truc un peu systématique où j'ai pas le biais de ma sélection personnelle pour approfondir d'autres choses. Parce que finalement, on a besoin de tout mais on se forme un peu toujours sur les mêmes choses. On a besoin d'approfondir aussi les choses qui nous plaisent pas et c'est même surtout là qu'il faudrait regarder.

SC - Qu'attendrais-tu d'un outil idéal ?

M2 - La traçabilité dans le dossier, c'est vrai que j'ai pas d'alerte pour ça, j'en ai un mais en fait je l'utilise pas tout le temps. Je l'utilise un peu mais pas tout le temps. De temps en temps, j'écris quand même pour les patients. Alors j'ai ce système d'alerte qui fait que j'écris sur le dossier papier le VAT mais pas chez tout le monde. Par exemple le téléphone je l'écris là, mais ce serait pas mal de demander à chaque fois au patient s'ils ont changé de numéro : le nombre de fois où on retrouve pas. Donc, oui, il faudrait un système intelligent qui pose toutes les questions à notre place (*rites*). Parce que oui finalement on est bête, on pose pas toutes les questions et qui prenne pas de temps en plus.

Là, où je me suis fait une réflexion c'est sur les vaccins, sur les numéros de téléphone, pour les adresses c'est peut être moins importants si finalement on a les téléphones.

Là c'est vrai je me suis déjà fait la réflexion sur les coloscopies, les trucs comme ça, les dépistages mais la plupart ça se fait tout seul au moins les principaux.

SC - Les frottis ?

M2 - Oui effectivement, mais ça souvent les femmes y pensent ou souvent elles ont des gynécos (*sourire*). Non, ça se fait pas forcément tout seul ça c'est vrai pour le frottis et c'est vrai que je l'écris pas toujours dans le dossier.

Après, de temps en temps, ça m'a manqué pour certains patients, comme certains scanners ou certaines échographies thyroïdiennes par exemple. Bah, ce serait bien si mon logiciel pouvait le faire. En même temps, il le fait pour les vaccins quand je note sur l'ordinateur, comme ça il me fait l'alerte.

SC - Mais après il faut lire l'alerte.

M2 - Oui et après on sait l'éteindre, ça clignote tout le temps...

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que tu souhaiterais ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M2 - Euh non, non, non. Après euh effectivement, tout dépend de la définition qu'on se fait de ces choses-là. C'est-à-dire que j'ai eu l'impression d'après mes réponses que ma définition du sujet a évolué au fil de l'entretien. Mais ça a été induit par tes questions et par mes réponses aussi. Donc c'est un questionnaire humain puisqu'il évolue avec le cerveau de la personne (*rites*).

Entretien avec M3

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M3 - 1975

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M3 - En 2008 et je me suis installée tout de suite après...

SC - Donc pour votre année d'installation ?

M3 - En fait, janvier 2009.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ?

Quel est votre type d'exercice ?

M3 - Semi-rural.

SC - Avez-vous une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M3 - Moi, j'ai juste fait un DU douleur, voilà c'est une spécialisation mais sinon c'est de la médecine générale classique donc y a de tout, ça va des enfants aux personnes très âgées.

SC - Êtes-vous adhérente à une association de médecine générale ?

M3 - C'est-à-dire ?

SC - Est-ce que vous adhérez à par exemple MG form, l'UNAFORMEC, est-ce que vous faites des formations avec eux ?

M3 - D'accord, alors un je fais partie de l'association de formation médicale continue locale qui est sur Jargeau, voilà, qui fait des formations tous les 3 mois à peu près.

Et puis, je suis adhérente à un syndicat qui est celui de part ici, F... euh je sais plus lequel.FMC, ah oui FMC, euh FMC action.

SC - Et vous avez une part active dans ce syndicat ?

M3 - Non, je suis juste adhérente pour participer aux formations et puis pour être informée et dans notre groupe

de formation locale, il y en a pas mal qui ont partie de ce syndicat-là, donc ça c'est fait comme ça.

SC - Quelles sont vos sources de formation, d'information ?

M3 - Actuellement, les magazines, les revues en particulier *Prescrire*, après les autres, je n'ai pas trop le temps de les lire. Et puis les formations médicales locales donc il y a la nôtre. Et puis celle à la Présentation, presque une par mois quand même.

Et puis celle sur Saint-Jea-de-Braye, il doit y en avoir 3 par an à peu près.

SC - C'est quoi l'AGENORD ?

M3 - Euh, comment elle s'appelle... Euh, je sais pas si elle a un nom, c'est celle gérée par les médecins, les spécialistes de Saint-Jean-de-Braye.

Et puis celle où j'aime bien aller, y en avait une hier soir, c'est celle faite par les cardiologues Dr Schnebert, Dr Dibon aussi.

SC - En dehors de Prescrire, êtes-vous abonnée à d'autres revues ?

M3 - Une encyclopédie médicale, mais c'est tout.

Ah oui, et puis je fais partie d'un groupe de pairs à Ouzouer-le-Marché.

SC - Et vous vous réunissez à quelle fréquence ?

M3 - Alors on est rentré dans un cadre un peu plus structuré et on se réunit oui, tous les mois.

SC - Est-ce que vous connaissez la notion d'outil d'aide à la décision ?

M3 - Vaguement.

SC - Est-ce que du coup vous pourriez en donner une définition, même si c'est vague ?

M3 - Je ne sais pas si c'est le système informatisé. Donc après des outils d'aide à la décision, ça peut être autant des recommandations que donne la Caisse, ou d'autres euh, ça peut être ça après informatisé, il y a un certain nombre de critères, euh, je ne sais pas si c'est plus dans la prescription derrière, c'est dans le diagnostic ?

SC - C'est tout ça. Ça peut être en amont, pendant ou après la consultation.

M3 - Donc j'en ai une idée vague mais pas vraiment de définition. J'en n'ai pas vu réellement donc je sais pas vraiment ce dont on parle.

SC - D'accord, mais en fait vous en avez dans votre dossier médical, il y a les alarmes par exemple, ça c'est un outil d'aide à la décision, c'est ce qui fait partie des nombreux critères qui engendrent la prise de décision. Donc ça peut être les tableaux de suivi par exemple pour les diabétiques ou si vous faites des synthèses à la fin des formations que vous faites des espèces de petits mémos, c'est tout ce qui peut aider à avoir des connaissances mises à jour.

Alors est-ce que vous en utilisez dans votre quotidien en consultation des outils ?

M3 - Bah, du coup oui (*rires*) ! Maintenant que c'est plus clair.

Oui, oui.

Ne serait-ce qu'en effet sur le logiciel avec les alarmes des interactions médicamenteuses, qui peuvent permettre de dire bah, je vais changer telle molécule finalement.

Après, dans les synthèses de dossier en fonction s'ils sont diabétiques, s'ils ont de l'insuffisance rénale, tout ça qui est noté normalement.

Bah et puis les reco' qui peuvent être données. Je lis les reco' de l'HAS qui m'intéressent, pas toutes, mais celles où il y a une application concrète.

SC - Est-ce que vous avez l'impression d'avoir des freins à l'utilisation des outils d'aide à la décision ? Et si oui lesquels ?

M3 - Je sais pas, non. Après ça dépend ce que c'est comme outil, mais non, non au contraire. Je trouve ça pratique, je trouve ça bien mais il faut que ça soit accessible facilement parce qu'en consultation ça va vite. Donc que ça soit accessible facilement au moment où on en a besoin.

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ?

M3 - Là comme ça je sais pas, non, j'en, j'en sais rien.

SC - Que votre associé utiliserait par exemple ?

M3 - Oui, des outils, ne serait-ce que certaines choses qu'on a vu passer, qu'on n'a pas eu le temps de digérer pour les réutiliser derrière, comme certaines reco'.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M3 - Par hasard je dirais et puis, en en recherchant d'autres. Donc ça peut être dans les formations, ça peut être bah, par la Caisse. Et puis après par les facultés aussi, sur les sites, en fonction des problèmes posés, des pathologies particulières de patients qui posent problème, à ce moment-là on recherche par internet aussi par là...

SC - Oui vous parlez d'internet, quels sites, par exemple utilisez-vous ?

M3 - Bah ça peut être le site de l'Institut Pasteur pour les vaccins, tout ce qui est les recommandations pour les voyageurs, ça peut être aussi l'abonnement au BEH. Pour

les femmes enceintes il y a un site le CRAT qui est très bien.

Voilà, j'utilise aussi ce genre de choses qui sont facilement accessibles pendant la consultation. Donc s'il y a besoin oui je peux en utiliser pendant la consultation mais ça arrive pas très souvent.

SC - Qu'attendez-vous de l'utilisation de ces outils ?

M3 - Une meilleure performance (*rires*).

SC - Sur quels niveaux ?

M3 - Mieux travailler, faire les meilleurs choix par rapport aux patients surtout. Après de santé publique aussi en plus si c'est possible mais avant tout pour le patient.

Etre aussi plus performante sur le temps parce qu'il y a toujours tellement de choses dans une consultation qui est demandé qu'on peut pas se focaliser sur tout. Donc s'il y a des outils qui permettent d'aller plus vite sur certaines choses en étant sûre de ce qu'on fait, ça dégage du temps aussi pour des choses un peu plus complexes à côté. Avec en plus une sécurité de l'information et puis ça permet de rassurer les gens avec des choses qui sont carrées.

SC - Les patients et puis vous aussi ? (*rires*)

M3 - Oui (*rires*).

SC - Quels sont les besoins dans votre pratique quotidienne auxquels ces outils pourraient répondre ?

M3 - Dans le choix des traitements peut-être parce qu'il y a tellement de médicaments différents qu'on a des habitudes.

Peut être ne pas rester dans certaines habitudes qui ne sont pas forcément les meilleurs parce que souvent c'est à l'hôpital qu'on a appris comme ça. Donc pouvoir changer et adapter sa thérapeutique et sa prise en charge.

SC - Donc plus la thérapeutique ?

M3 - Oui, parce que ça évolue vite et puis moi j'ai beaucoup de patients âgés donc qui sont poly-médicamentés, donc tout ajout de médicament c'est toujours, au niveau de l'équilibre, compliqué avec des clairances qui sont aux alentours de 30 pour certains, donc ça devient compliqué. D'avoir des choses un peu plus encadrées ça peut permettre d'éviter un peu trop d'effets secondaires. Donc c'est plus par rapport à ça, c'est plus pour ces personnes-là que ça pourrait m'être utile. Mais je crois pas qu'on ait grand chose pour les personnes âgées comme outil (*sourire*).

C'est surtout ça qui...

Après pour le diagnostic, pour des choses compliquées oui, ça peut être utile aussi.

Il doit y avoir des outils qui existent mais ça je les connais pas du tout. Mais tout dépend comment c'est construit. Le tout c'est que ce soit utilisable de manière facile et rapide. S'il faut chercher un quart d'heure pour avoir le diagnostic, autant prendre une encyclopédie médicale ça va aussi vite voire mieux.

Moi j'utilise encore beaucoup de papier hein, j'aime bien. On recherche pas pareil parce que ça permet plus facilement de voir des choses, euh. Quand on cherche dans un glossaire, on voit pas que ce qu'on cherche, il y a tout le reste, c'est ça que j'aime bien. Alors que sur internet, on cible et on n'a vraiment que ce qu'on a cherché, voire un peu tout et n'importe quoi. C'est plus difficile de vagabonder, c'est moins généraliste, c'est pour ça que j'aime bien encore le papier.

Mais ce que j'utilise comme aide à la décision, c'est ça hein, c'est l'encyclopédie médicale, c'est ça.

SC - Et laquelle ?

M3 - Euh, EMC je crois qu'elle s'appelle. Donc elle est remise à jour tous les mois, elle a aussi une version sur ordinateur qu'ils renvoient pour mettre à jour un certain nombre de choses régulièrement. Donc c'est bien parce qu'au moins ce qui est dedans on sait que c'est réactualisé.

SC - Quels reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M3 - Que ce soit clair, le plus clair possible. Mais c'est pas évident, la médecine c'est compliqué il paraît. Quand on a des choses compliquées, de trop simplifier on arrive à des erreurs. Non je vois pas d'autres choses.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M3 - Que ce soit validé avec des études valables derrière, des choses concrètes, parce qu'il y a différentes choses quand même, on a des recommandations de plus ou moins bon niveau d'expertise, ça peut être juste des choix d'experts, ça peut être vraiment parce qu'il y a des études qui ont montré des choses précises, mais ça on n'en a pas beaucoup, c'est ce qui manque un peu.

De toute façon en médecine générale c'est sûr qu'il manque un peu d'élément concret. On en a quand même, il doit y en avoir, mais...

SC - Vous parlez de l'accessibilité, c'est-à-dire savoir où aller chercher...

M3 - Oui, peut être une base de données. Une base de données c'est bien, c'est pratique pour gérer des informations compliquées. Si ça existait ce serait bien.

Mais il y en a un petit peu dans certains sites de faculté, sur le site de l'HAS y a pas de mal de chose aussi, pas mal d'informations.

SC - Vous le trouvez facile d'accès ce site ?

M3 - Quand on cherche quelque chose pas toujours, mais il y a des choses qu'on trouve facilement. Mais je ne peux pas l'utiliser en consultation parce que pour chercher ça prend du temps. Ça s'utilise en dehors, entre deux consultations. On a vu quelqu'un, on dit bon on prévoit ça, on le revoit d'ici une semaine et entre temps on regarde.

Je l'utilise plus pour préparer une consultation, Non c'est inutilisable en consultation.

SC - Vous parlez d'autre site Pasteur, le CRAT ?

M3 - Non mais ça c'est bien fait le site du CRAT, on peut l'utiliser en consultation. Vous y êtes allé dessus ?

Oui.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

M3 - Euh, non, je vois pas.

Entretien avec M4

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M4 - 1980

SC - En quelle année as-tu passé ta thèse ?

M4 - Attends que je dise pas de bêtise, euh 2009.

SC - Quelle est ton année d'installation ?

M4 - 2011.

SC - Comment qualifierais-tu ton activité médicale ?

M4 - Donc, euh, c'est une activité semi-rurale avec, euh, pas mal de personnes qui travaillent sur la région d'Orléans qui restent des citadins car Châteauneuf est, euh, on va dire la troisième ceinture d'Orléans. Et à la fois rurale parce on a quand même des personnes qui sont installées depuis longtemps sur Châteauneuf et qui sont des agriculteurs, des éleveurs, notamment si on va sur Vitry, on reste vraiment du côté de la forêt orléanaise donc c'est aussi rural. Donc c'est ça qui est intéressant, c'est qu'on peut lier les 2 types de patientèle, c'est une activité très variée, intéressante. On passe, bah, du coq à l'âne, de la pédiatrie à la traumatologie, de la gériatrie. Dans une journée, on a tout l'éventail de la médecine donc c'est très intéressant.

Et puis on est au premier rang, enfin on est suffisamment loin d'Orléans pour voir des urgences, des sutures, des choses comme ça. Donc les gens font assez souvent appel à nous et puis il y a une vraie relation de confiance ici donc c'est pour ça que je me suis installé ici.

SC - As-tu une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M4 - Non, je n'ai pas de spécialisation particulière. Après, j'ai comme tout médecin des préférences, voilà mais je n'ai pas fait de spécialité en plus.

SC - Es-tu adhérent à une association de médecine générale ?

M4 - Alors si par association de médecine générale tu entends une association de FMC, oui, mais si c'est un syndicat non. Uniquement à une association locale de formation médicale continue qui s'appelle la FMC de Jargeau avec le Dr Renault. Alors y a un nom propre mais je ne l'ai pas retenu.

SC - Quelles sont tes sources de formation, d'information ?

M4 - Alors, on parlait de la formation médicale de Jargeau, qui en est une partie mais surtout les revues documentaires. Donc je suis abonné à *Prescrire, la Revue du Praticien*. Je vais de temps en temps à des soirées de formation médicale qui sont organisées par des laboratoires sur des thèmes particuliers ou sur des nouveaux produits. Et puis bah euh je, j'essaie de suivre les recommandations de l'HAS puisque j'ai mis mon mail sur l'HAS pour être au courant de toutes les nouveautés, de toutes les nouvelles recommandations, pareil sur le site de l'AFSSAPS. Et puis voilà, régulièrement je retourne dans mes bouquins quand je me pose des questions.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision ? Et quelle définition en donnerais-tu ?

M4 - Alors je ne connais pas cette notion. Spontanément je n'ai pas vraiment de définition. Mais après, un outil d'aide à la décision, c'est des bases documentaires a priori pour pouvoir, euh, raisonner et prescrire en fonction des données de la science : *evidence based medicine* alors voilà, on essaie de travailler maintenant avec tout ça.

SC - En utilises-tu dans ton quotidien en consultation ?

M4 - Bah, moi je pense en utiliser dans mon quotidien. Oui, je pense essayer d'aller voir les référentiels régulièrement et puis surtout, quand je me pose des questions,

je ne reste pas avec des questions dans le vague et je vais faire des recherches.

Tiens, y a pas longtemps, je suis allé sur Pubmed par rapport à une mutation très rare qu'a un de mes patient.

SC - En consultation ?

M4 - Oui en consultation, parce que j'en ai discuté avec lui. C'est quelqu'un de forcément intéressé par sa pathologie et qui voulait savoir comment faire des recherches sur des domaines particuliers par rapport à sa mutation. Alors je lui ai dit qu'il fallait prendre les choses avec des pincettes bien sûr mais c'est quelqu'un qui est physicien, qui lit très bien l'anglo-saxon et à qui j'ai montré comment marchait le Pubmed.

Par ailleurs, de temps en temps, sur des maladies rares, je vais sur Orphanet aussi pour me renseigner. Et puis y a aussi quand je me pose des questions, il y a le Cismef, euh, je crois que c'est la fac de Rouen qui fait ça. Et puis, bah, par le moteur de recherche tout simple Google, je trouve qu'on peut avoir des petites solutions, et puis du coup je regarde bien sûr sur quel site je tombe, mais souvent quand je vois que le site est celui d'un site de faculté, je tombe sur des cours de fac, d'internat et je prends mes connaissances dessus.

SC - Et sur des forums ?

M4 - Alors les forums, moi, j'y vais pas parce que d'une part, je trouve qu'on n'est pas sûr de la source, je préfère aller sur des sources plutôt officielles et des sources de facultés. Je ne vais jamais sur des sources qui sont liées à des laboratoires, du marketing ou des choses comme ça, pour moi ce n'est pas intéressant.

Il faut que ça reste quelque chose d'indépendant, voilà.

Bon, le Cismef, je l'utilise en dehors de la consultation quand quelque chose m'a posé question. Mais parfois, il m'arrive de dire au patient, je sais pas mais je vais me renseigner. Je le dis clairement et je pense que les gens aiment la franchise et quand on sait pas, ça sert à rien de tourner autour du pot, je préfère le dire, je me renseigne et on se rappelle demain. La médecine générale offre du temps donc c'est ça qui est bien. On a le temps de revoir les gens, de rediscuter, une chose a pu nous passer à l'esprit entre 2 consultations, parce que parfois on est pris dans le rythme et puis on se redit le soir, ah, bah tiens, au fait, euh, j'ai pas regardé ça. Je le fais assez régulièrement, pas tous les soirs sinon nos vies seraient un peu tristes (*rires*), mais sinon quand ça me pose question, oui, je vais voir. Il y a pas longtemps par exemple, j'ai une patiente qui a une hépatite B, c'est une jeune fille qui a été adoptée, donc j'ai été voir le suivi d'une hépatite B chronique chez un enfant. Des choses auxquelles on n'a pas l'habitude de se confronter et j'ai trouvé ça dans mes bouquins et sur le Cismef notamment pour voir quels étaient les taux d'alpha-foeto protéine qu'il fallait suivre parce que ce sont des taux pédiatriques et là, pour le coup, j'ai du mal à trouver et je comptais appeler aussi un pédiatre pour savoir ce qu'il en pensait. Voilà, l'autre source, c'est aussi les confrères.

Voilà, donc quand une consultation me pose problème, ça part de mon quotidien et je vais chercher en fonction de mon quotidien les référentiels. Tandis que dans une revue, on lit mais ça ne correspond pas forcément à une pathologie qu'on rencontre le jour J. Donc dans ce sens-là, c'est parfois un peu moins pertinent, on se dit oui,

d'accord, j'ai lu telle contre-indication à ce médicament mais je n'ai pas de patient particulièrement qui suive ce traitement, alors est-ce que vraiment ça me sert ? Donc du coup, c'est des informations, je trouve, que l'on perd plus facilement, qu'on a moins en tête ; par contre, quand on va dans l'autre sens, ça s'imprime plus facilement.

SC - Et dans ton dossier médical ?

M4 - Alors oui, dans mon dossier médical, pour rien oublier alors déjà il y a des choses toutes bateau c'est les vaccins. Dès que je vois quelqu'un, je remplis le dossier de façon quasi obsessionnelle : le tabac, les antécédents, la famille, etc, c'est pratiquement la première chose que je fais, et les vaccins. Et puis on a des aides informatiques pour se rappeler tout ça. Et puis dans mon dossier médical, pour des pathologies particulières, euh, je note des petites notes de suivi, notamment pour le diabète donc je me fais une case pour vérifier que la micro albuminurie a bien été faite tous les ans et je mets la date à laquelle elle a été réalisée, le bilan cholestérolique, euh, même la palpation des pouls par exemple : j'ai palpé les pouls le tant, la consultation chez le cardio et chez l'ophtalmo. Voilà, je me mets ces 4 lignes-là et je vérifie régulièrement que ça a été fait, et si je vois que la date a été dépassée par rapport à la révision annuelle, je pose la question au patient et je vois où on en est et je lui dis de le faire.

Dans d'autres cas, dans les cancers, même quand je reçois des compte-rendus de spécialiste pour des suivis particuliers et lorsqu'il me dit de faire un contrôle et pour que le contrôle soit prévu, je le note dans le dossier pour que ce soit fait, alors je sais pas si ça c'est des outils d'aide à la décision.

SC - Si, si ça en fait partie.

SC - Dirais-tu que tu as des freins à utiliser les outils d'aide à la décision ?

M4 - Bah, par la méconnaissance des systèmes, oui, je pense que c'est juste ça. En tous cas non, ça ne m'embête pas de les utiliser, au contraire je trouve que ça nous fait gagner du temps notamment par exemple avec le diabète, moi ça me fait gagner vraiment beaucoup de temps, je vois tout de suite que je n'ai pas besoin d'aller chercher dans tous les bilans biologiques voir ce qui se passe, paf, c'est noté, c'est clair et ça va vite.

Je trouve que ça fait gagner du temps et puis voilà, c'est bien pour les patients aussi, ça amène de la sécurité aussi pour le patient, pour nous de la rapidité et pour vous aussi les remplaçants, vous pouvez voir exactement ce qui s'est passé sur informatique avec le réseau. Et puis il y a aussi une traçabilité dans le dossier de ce qu'on a fait.

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M4 - Bah, je vais dire non, à part si tu peux me donner des indices. Mais comme ça je vois pas quel autre outil on pourrait, euh. Bah non, j'en connais pas d'autres.

SC - Comment as-tu connu ces outils que tu utilises dans ton quotidien ?

M4 - Par ma formation lors de mon internat en médecine générale et pendant mes études mais surtout lors de l'internat où on nous faisait réfléchir sur notre pratique et comment se renouveler dans notre pratique, voilà. Donc je pense que ça vient de ça, de la philosophie de la Faculté d'Angers où on était, et je pense de toutes les facultés de France maintenant, de faire comprendre qu'il est important de se former et de prendre du recul sur notre activité.

SC - Et les tableaux de suivi par exemple, tu l'avais vu quelque part ?

M4 - Ah non, c'est moi qui me suis dit que ça me faciliterait ma prise en charge parce que je me suis rendu compte qu'à chaque fois, je posais la question aux gens et en fait que probablement je leur avais déjà posée il y a 3 mois. Donc du coup, les patients devaient eux-mêmes se poser la question de savoir si je les suivais correctement ou pas. Donc maintenant, tout est noté, c'est clair et puis je leur pose pas 36 fois la question, ça amène un peu de confiance et puis ils ont l'impression que j'ai une mémoire d'éléphant, ce qui n'est pas vraiment le cas (*sourire*).

SC - Quels sont tes besoins dans ta pratique quotidienne auxquels ces outils pourraient répondre ?

M4 - Ca, c'est une bonne question. Euh, c'est de soigner correctement les patients selon les recommandations, de bien les suivre, euh, et puis ça amène un petit côté, comment dire, d'être un peu sérieux sur son suivi, oui d'être rigoureux.

Je pense que j'utilise des outils d'aide à la décision, comment dire, euh, en fonction de l'activité que j'ai actuellement. Alors est ce que ça fait progresser mon activité, je suis pas sûr, puisque que c'est moi qui y suis venu naturellement, c'est dans mon activité classique que je suis arrivé à utiliser ça. Pour que je puisse modifier ma façon de fonctionner, il faudrait peut être que je vois d'autres outils d'aide à la décision pour que ça puisse impacter sur ma façon de faire.

Et, euh, je sais pas si j'ai répondu à ta question mais, euh, par méconnaissance de tous ces outils-là, mais ça va m'inciter à regarder un peu plus.

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

M4 - Bah, euh...

SC - Par exemple tu utilises Pubmed en consultation, donc l'interface te semble facile d'utilisation ?

M4 - Ah non, l'interface est pas facile du tout mais oui, pour mes recherches de thèse je m'y suis habitué mais là, c'est anecdotique de l'utiliser pendant la consultation. Là, c'est que le patient voulait avoir des renseignements et que c'était quelqu'un qui était capable de le faire mais ça m'arrive pas régulièrement de le faire.

Mais bon, je pense qu'il faut que, probablement, j'en utilise un peu plus sur d'autres pathologies mais que pour l'instant, je n'en ai pas encore ressenti le besoin mais que ça va se faire avec l'expérience que je vais acquérir en médecine générale parce qu'elle reste fraîche et courte (*sourire*). Si je vois qu'au cours de mon activité, il y a des problèmes assez fréquents qui arrivent, j'arriverai à modifier et à rajouter certains outils. Je conçois ça naturelle-

ment plutôt en fonction de mon activité, et de voir ce qui peut m'aider moi et mes patients dans la vie de tous les jours plutôt que dans l'autre sens. C'est peut être une erreur parce que du coup, je reste dans mes habitudes mais pour l'instant je fonctionne comme ça.

SC - Qu'attendrais-tu d'un outil idéal ?

M4 - Bah, de la concision parce que le temps est compté, donc utilisable en consultation parce qu'en dehors de la consultation, bon, bah, on a une vie à côté et le temps médical, moi quand je rentre chez moi j'ai pas trop envie de penser médecine même si je le fais de temps en temps quand se pose la question. Mais il faut que ce soit fait pendant la consult', sinon je pense que dans 95 % des cas, c'est pas fait. Pour mon activité j'essaie de tout faire en consultation, dans ces cas-là, faut pas compter son temps c'est tout, il faut accorder le temps qu'il faut au patient, moi je pense qu'il faut le faire tout de suite en consult'. Donc du coup, il faut que ce soit concis, efficace, clair.

Mais du coup, un outil qui est efficace et concis, c'est un outil qu'on utilise aussi. Donc ça se fait avec l'entraînement.

Alors aussi, si j'ai un outil, il faut savoir sur quoi un outil est basé. Si c'est basé sur des recommandations officielles ou pas. Oui, moi dans mes recherches, je regarde systématiquement d'où ça vient, si ça vient d'une fac, d'études particulières, de l'HAS et le grade de recommandation et puis voilà.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que tu souhaiterais ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M4 - Euh, si, tiens, un outil que j'utilise pas en ce moment et que je voudrais utiliser, c'est des outils par rapport à l'étude de Framingham. En ce moment, y a plein de choses qui ressortent sur l'évaluation du risque cardiovasculaire, ça c'est des choses qu'il faut que j'aie étudié un peu plus pour calculer les risques cardiovasculaires. Parce qu'on se rend compte que parfois on les néglige un peu, même si sur l'HAS, y a toujours en fonction du taux du mauvais cholestérol on peut s'en sortir mais c'est pas une évaluation assez fine par rapport à l'étude de Framingham. Donc je sais qu'il y a des logiciels qui sont sortis donc je vais essayer d'en récupérer pour pouvoir le faire fonctionner et en plus c'est assez visuel donc ça permet de montrer ça aux patients, par exemple de montrer quel est l'âge de leurs artères en fonction de leur âge, de s'ils fument et ça c'est une aide à la décision pour le médecin mais c'est aussi visuel pour le patient, parce que ces outils peuvent être des aides pour le médecin et pour le patient, aussi pour voir ce qui se passe exactement et les conforter dans une décision thérapeutique mutuelle si on peut.

Entretien avec M5

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M5 - 1982

SC - Depuis combien de temps remplaces-tu ?

M5 - Un peu plus d'un an, je n'ai pas encore passé ma thèse.

SC - Comment qualifierais-tu ton activité médicale de remplaçante ?

M5 - Il y en a plusieurs : urbain, semi urbain et rural aussi.

SC - As-tu une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M5 - Je suis peut être un peu plus orientée pédiatrie mais, euh, par rapport aux 6 mois que j'ai fait en plus là en faisant fonction de sénior à l'hôpital l'année dernière.

SC - Tu as un DU ?

M5 - Je suis en train de faire mon DU de médecine préventive de l'enfant.

SC - Es-tu adhérente à une association de médecine générale ?

M5 - Non (*rires*). Etant donné effectivement que j'étais dans ma thèse et que je vais déménager.

SC - Quelles sont tes sources de formation, d'information ?

M5 - Alors, euh, internet pas mal enfin j'essaie d'aller sur des sites de référence plutôt HAS ou après les collègues de spécialité et puis je lis *la Revue du Prat de Médecine Générale*.

SC - Tu es abonnée à d'autres revues, ou tu prévois de le faire ?

M5 - Non, pas pour l'instant, mais en prévision, je pense que je m'abonnerai quand même à *Prescrire*. Et, ah si, j'étais abonnée à *Exercer* mais je l'ai pas reconduit parce que, finalement, quand je relis, je trouve que les articles, c'est effectivement très scientifique mais pour l'apprentissage de notions médicales, je trouve ça plus difficile en fait, enfin l'approche est plus difficile, c'est trop théorique je pense.

SC - Et participes-tu à des formations, des séminaires, des FMC locales ?

M5 - J'en ai fait en Eure-et-Loir pendant l'internat, c'était des FMC départementales l'AMPEL 28 et puis j'ai fait, j'ai dû faire des soirées de laboratoire, des choses comme ça, mais là maintenant depuis que je suis remplaçante, je n'en fais plus.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision ?

M5 - Alors, euh, la définition précise de ces termes-là, non. Après, est-ce que ça peut être des échelles genre Epworth ou des tableaux de conduite à tenir ou des fiches éventuellement, des résumés, je pense effectivement plus à ce genre de chose mais je n'ai pas de définition très claire.

SC - As-tu déjà entendu parler de cette notion ?

M5 - Bah, pas beaucoup ou alors le terme exact, non, après effectivement, bah, on nous dit vous pouvez peut être essayer de faire, de juger la gravité de certaines choses par rapport à telle échelle, tel score. Bon, ben voilà. Après, c'est vrai que « outil d'aide à la décision », euh, bah, j'ai jamais entendu ce terme-là.

SC - En utilises-tu dans ton quotidien en consultation ?

M5 - Oui de temps en temps, effectivement, souvent part le biais d'internet parce que, comme je remplace, je ne me suis pas encore fait de fiche à moi. Donc du coup, effectivement, je vais souvent sur internet, bah, pour voir quand j'ai un doute sur une prise en charge, sur un traitement.

SC - Et sur quels sites ?

M5 - Bah, alors après, ça peut être très divers. Bah, en fonction du motif de consultation et de, enfin oui, du thème. Bah, en fait ça peut être des sites de spécialités et après, ça dépend de ce que Google me dit (*rires*) et de la crédibilité du site aussi. Et puis si j'ai des sites spécifiques, comme pour les risques tératogènes de la grossesse, je

vais sur le CRAT directement ou après sur l'HAS quand je sais que j'ai vu une recommandation.

SC - En consultation ?

M5 - Oui je peux le faire, et puis voilà non, après, c'est plus via Google que ça va m'orienter vers tel ou tel site.

SC - Les cabinets où tu remplaces sont informatisés ?

M5 - Oui.

SC - Et c'est une connexion internet haut-débit ?

M5 - Alors je pense qu'à Orléans oui, mais à Neuville-aux-Bois où je remplace non, ça « rame ».

SC - Et c'est un obstacle pour ta pratique ?

M5 - Oui, c'est pénible. Y a même un des ordinateurs où internet n'est pas installé, enfin j'ai pas trouvé le logo de l'explorateur. Donc en général je prends mon *Smartphone* pour regarder et vu que la connexion est un peu lente des fois, c'est plus rapide de prendre le *Smartphone* qu'avec l'ordinateur.

SC - Dirais-tu que tu as des freins à utiliser les outils d'aide à la décision ?

M5 - Euh, non, c'est que des fois je vais surtout pas y penser forcément.

C'est vrai que, même le test de Fagerström pour le tabac, je sais que je l'utilise pas assez. Après, c'est vrai qu'il y a pas mal d'échelles ou de scores comme dans les dépressions ou dans autres que je vais pas utiliser. Après, je vais peut être plutôt faire au *feeling*. Même je repense au MMS ou aux choses comme ça, enfin c'est vrai que finalement, je les applique pas plus que ça. Après, est-ce que c'est par manque de temps pendant la consultation, sûrement. Euh, est-ce que c'est quelque chose qu'il aurait fallu préparer ou quand c'est juste le motif dédié à la consultation s'il y a juste un seul motif ça pourrait être possible ? Mais c'est vrai que souvent, les gens viennent avec plusieurs motifs en consultation et réussir à tout rentrer dans le temps de consultation, bah, voilà on fait peut être un peu moins de recherche. La contrainte temps joue, bon après, quand c'est indispensable, s'il faut appeler un collègue pour avoir une conduite à tenir, je vais quand même le faire.

SC - Est-ce que la gratuité c'est un élément important pour un outil ?

M5 - Effectivement oui, mais ça dépend parce que je sais qu'il y a des sites de biblio' qui sont payants, après c'est vrai que jusqu'à maintenant, j'ai toujours essayé de contourner le paiement. Après, si je vois qu'il y a vraiment des sources d'information importantes et fiables, je serai peut être amenée à souscrire un abonnement. Mais c'est vrai que, jusqu'à maintenant, je me suis toujours limitée à l'accessibilité gratuite.

On va quand même plus facilement vers ce genre de site.

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M5 - Ah bah oui, comme *Prescrire* par exemple, bah, jusqu'à maintenant, je ne connaissais pas bien, même s'ils nous harcèlent avec des demandes d'abonnement pendant tout l'internat (*rires*). C'est vrai que j'ai toujours mis ça un peu de côté. Et puis comme on avait de façon gratuite la *Revue du Prat de Médecine Générale* qui était bien et que j'avais déjà du mal à lire en temps et en heure. Donc, euh, voilà après vu que ça reste quand même une référence, malgré tout, je pense que je vais m'abonner sans trop tarder. Après, je pense que c'est surtout la pratique qui manque parce que c'est vrai le CRAT, depuis que

je le connais et vu que son utilisation est assez simple, bah, du coup j'y vais assez facilement. Après, par exemple, les échelles de dépression, on en a parlé en séminaire mais vu que je ne les ai jamais utilisées en pratique et que je ne les ai jamais vues utilisées en pratique non plus, bah, ça me parle moins.

SC - Comment as-tu connu ces outils ?

M5 - Bah, le bouche à oreilles, par les médecins aussi que je remplaçais qui m'ont montré la façon dont ils procédaient. Par exemple, Antibioclic, un médecin que je remplaçais m'a montré rapidement ce site-là et donc du coup, je regarde de temps en temps dessus. Bah, et puis par les formations qu'on a pu avoir à la fac en deuxième cycle ou troisième cycle, par ce qu'ils nous disent, les sites de référence, tout ça.

SC - Pourquoi utilises-tu ces outils ? Quelles sont tes attentes dans ta pratique auxquelles ces outils répondent ?

M5 - Comblent les lacunes (*rires*). Parce que c'est vrai, on a beau avoir eu plusieurs années de formation, y a plein de choses qui se perdent très vite, surtout quand on les pratique pas tous les jours. Et il y a toujours une situation à laquelle on n'a jamais été confronté avant et qui arrive un jour et bon, ben voilà, à laquelle il faut quand même répondre et il faut essayer de pallier à la situation. Bon, ben, quand on n'a pas les connaissances qu'il faut, il faut quand même essayer d'aller chercher une source d'information qui puisse nous donner une réponse rapidement. Parce qu'on peut pas toujours dire au patient, bon, ben, attendez, repassez dans je sais pas combien de temps ou je vous rappelle pour vous dire. Donc, bah après, c'est sûr d'autant plus s'il y a une situation pas urgente mais pressante on va dire. Après, euh, c'est sûr que quand il peut y avoir, euh, une fiche, enfin ou des sources d'information qui vont être claires, euh, concises et synthétiques avec une démarche claire et nette, avec des critères diagnostiques, les examens complémentaires qu'il faut faire ou pas et puis les traitements à suivre, ça c'est optimal. Quand on peut tomber là-dessus, ça, c'est super. Quand on n'a pas les références précises dans certains domaines, ben, on se « galère » peut être un petit peu plus à trouver ce genre de choses. C'est surtout dans les situations ou plutôt le traitement d'un problème identifié où ça peut m'être utile.

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

M5 - C'est de connaître les sites de références, mais je vois pas comment ça pourrait se faire de mieux connaître ces sites-là pour pouvoir y accéder plus facilement. Et puis qu'ils soient des sites médicaux validés, plus facilement accessibles aux médecins.

Et puis après, bah, qu'il y ait des fiches assez concises et rapides d'accès, parce que même, quand tu vas sur l'HAS ou c'est assez bien référencé par spécialités, y a des fois pour trouver quelque chose de bien particulier, c'est pas toujours évident. Et puis, t'as beau mettre un mot clé dans

le moteur de recherche, tu trouves pas ce que tu veux ou tu tombes à côté de la plaque ou il te file je sais pas combien de propositions qui n'ont rien à voir avec ce que tu voulais. Donc si tu sais quelle recommandation chercher, quelle année, l'HAS il vaut mieux y aller quand tu as un peu de temps et pas forcément pendant la consultation. Donc voilà, plutôt une facilité d'accès, quelque chose de rapide et des propositions concises et adaptées avec un résumé un petit peu de tous les points de prise en charge par rapport à un problème donné.

SC - Qu'attendrais-tu d'un outil idéal ?

M5 - Un outil que je connaisse (*rires*). Enfin en tous cas, dont j'ai entendu parler et dont j'ai vu l'utilisation.

Et puis qu'il soit gratuit, effectivement ça peut être bien et puis dont on peut avoir accès facilement. De nos jours internet, je pense que c'est quand même optimal, parce que surtout quand tu es remplaçant, tu peux le retrouver partout où tu remplaces. Après si tu es installée, je pense que ça peut être un peu différent si tu sais que tu as tes bouquins sur place ou tes revues donc voilà. Mais c'est vrai que quand t'es remplaçant, c'est vrai qu'internet, c'est universel et puis c'est dématérialisé donc tu l'as partout avec toi.

Oui donc gratuit, que je connaisse et que je sache utiliser et qui du coup soit avec des protocoles ou des fiches de pratique qui reprennent les recommandations et qui soit validé avec des mises à jour régulières, effectivement, parce que les recommandations changent un peu tout le temps quand même. Et puis c'est pas bien de tomber sur des recommandations qui datent de Matusalem donc quand ça peut être un peu plus frais, c'est mieux.

Bah là, je voyais hier, j'ai lu une recommandation sur les migraines de l'HAS de 2002 et qui disait que ce serait bien que ce soit refait dans 5 ans, et c'est toujours pas refait (*rires*). Donc voilà, l'HAS, c'est bien mais bon, ça reste toujours français. Et puis un outil informatique plutôt, parce que internet c'est surtout sur le moment de la consultation c'est ce qui va t'aider le plus rapidement et immédiatement, mais après je pense que les versions papier et les revues peuvent te permettre de compléter en dehors de ton temps de consultation ta formation et d'acquérir des connaissances qui pourront te permettre après de prendre ta décision plus facilement lors d'une autre consultation et moi je sais que j'ai une mémoire assez visuelle donc après d'avoir le papier sous tes yeux et puis après éventuellement soit de le classer ou de le scanner et de le dématérialiser pour y retourner plus facilement que de passer après du temps sur internet à le rechercher dans les dédales du net. Après tu ne trouves pas toujours l'information que tu voulais, tu sais qu'elle existe mais tu ne sais plus où.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que tu souhaiterais ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M5 - Euh, non, pas particulièrement.

Entretien avec M6

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M6 - 1974.

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M6 - 2005 je crois.

SC - En quelle année vous êtes-vous installé ?

M6 - 2009, euh pardon 2010, c'était en mars 2010.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ?

M6 – Euh, bah c'est vraiment de l'activité urbaine, de ville quoi. Euh, renouvellement et puis petit acte technique, rarement de grosses grosses urgences. Et puis alors on varie, j'ai un appareil à ECG, j'essaie de faire des infiltrations, de suivre les grossesses, enfin au niveau technique, faire des frottis, des choses comme ça.

SC - Avez-vous une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M6 - Non mais dans ma patientèle j'ai surtout des patients très âgés, donc beaucoup de gériatrie, de médecine interne, de rhumato, de cardio, de pneumo.

SC - Mais pas de DU, de spécialisation universitaire ?

M6 - Non.

SC - Etes-vous adhérent ou participant à une association de formation médicale continue ?

M6 - Alors association, quand j'étais à Amiens j'y étais, mais actuellement je fais beaucoup de formations par MG Form, j'en fais quatre par an, ça prend un vendredi, samedi. C'est des formations reconnues, rémunérées, indemnisées plus exactement. Et puis sinon je suis inscrit à des revues.

SC - Quelles sont vos sources de formation, d'information ?

M6 - Bah donc MG Form pour les séminaires, la revue *Prescrire* et puis j'aime bien, je suis inscrit à la *Revue du Prat Médecine Générale*. Et puis accessoirement les labos qui nous invitent pour des petits suivis et des nouveautés thérapeutiques.

Je vais régulièrement aussi à des FMC locales, c'est Ecole pour les cardio, c'est les cliniques, les 3 cliniques, Présentation, Longues Allées et puis les cardiologues également du Baron ont une formation une ou deux fois par an et donc finalement on arrive à bien se former comme ça.

SC - Avez-vous une connexion internet sur votre lieu d'exercice ?

M6 - Euh oui, oui,

SC - Et est-ce un haut débit ?

M6 - Oui sûrement (*rires*).

SC - Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision, en avez-vous une définition ?

M6 - Bah je ne sais pas ce que c'est clairement la définition, mais j'imagine que c'est relié à des sites validés reconnus pour, euh, pour prescrire entre autre, pour l'aide à la décision thérapeutique peut-être ou pour faire des diagnostics

SC - Quels sont ceux que vous utilisez dans votre quotidien en consultation ?

M6 - J'en utilise régulièrement trois ou quatre. Alors il y a *Vidal CD*, je vais sur le *Vidal* via l'ordinateur qu'on réactualise régulièrement trois fois par an. Je vais sur la revue *Prescrire* puisque que je suis inscrit à la revue *Prescrire*.

SC - En consultation ?

M6 - Je peux oui, oui ça ne me gêne pas devant le patient. Je vais pour tout ce qui est agent tératogène sur le site du CRAT qui est vraiment très bien. Et puis qu'est ce que je pourrais citer d'autre ça va me revenir. Alors le CRAT, euh, ah si il y a *Médiclick* ou *Antibiocliv*, plutôt, qui est excellent, qui est sorti il y a six mois et qui est vraiment très très bien pour l'aide à la prescription notamment des antibiotiques.

Après en dehors de la consultation, pour me former bah c'est *Prescrire*, ouais et puis je continue à me former via

mes bouquins, toutes mes revues médicales, je les collectionne, je les découpe, puisqu'on en reçoit beaucoup gratuitement toutes les semaines donc elles sont à chaque fois lues, ouvertes, et puis je découpe, je classe et puis je lis.

SC - Et vous avez recours à ces répertoires en consultation ?

M6 - Oui, ça peut m'arriver oui oui, ça m'embête pas de sortir mes fiches.

SC - Mais il faut savoir où se trouve l'information.

M6 - Mais je sais exactement où tout est, c'est par classé et j'arrive à retrouver l'hygroma kystique du coude, les derniers traitements, les dernières recommandations. J'aime bien continuer à avoir un support écrit. C'est pas très informatique, j'y connais pas grand-chose et je reste du vingtième siècle avec mes pages et mes supports écrits, j'aime bien les avoir sous le coude et puis pouvoir les consulter sans pour autant ouvrir mon ordinateur.

SC - Avez-vous des freins à l'utilisation d'outils d'aide à la décision ?

M6 - Bah (*soupir*). Est-ce que j'ai l'impression d'être limité, euh ? Je trouverais pas forcément ce que je veux, quoi sinon en dehors des sites que je vous ai cités si je cherche quelque chose de très spécifique je ne le trouverai pas forcément facilement parce que je n'ai pas forcément des noms de sites en tête.

SC - C'est plus la difficulté à l'accès ?

M6 - Oui c'est ça, je dirais que c'est ça parce que je ne manipule pas assez bien internet, je sais pas forcément mettre les mots clés dans Google pour avoir euh, c'est toujours un petit peu des sites pour tout le monde, si vous voulez ; c'est pas tellement des sites médicaux qui apparaissent en premier donc pour moi c'est pas forcément simple je perds plutôt mon temps parfois quand je cherche vraiment quelque chose de spécifique.

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ? Si oui pourquoi ?

M6 - Ah euh, ceux qu'on me souffle j'essaie des les utiliser. *Antibiocliv* je l'ai trouvé via une revue médicale qu'on reçoit gratuitement de temps en temps et il y avait un petit article sur *Antibiocliv*. Tout de suite ça m'a intéressé, j'y suis allé. La question était ?

SC - Y a t-il des outils que vous connaissez de nom mais que vous n'utilisez pas parce que vous les avez essayés et ça ne vous a pas convenu, ou...

M6 - Je crois pas, encore une fois je ne passe pas mon temps sur l'ordinateur (*rires*) et c'est vrai que je ne crois pas avoir eu cette curiosité, ah si je vais sur le site MG Form également, j'y vais rarement mais pour voir la liste des formations médicales.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M6 - Donc bah *Antibiocliv* par une revue, le CRAT via un médecin que j'avais remplacé et qui m'a dit : regarde c'est super effectivement. Donc c'est plutôt de bouche à oreilles. La revue *Prescrire*, bah parce que c'est la revue en elle-même qui m'a indiqué le site donc j'y suis allé. Voilà donc *Vidal CD* parce que en travaillant on reçoit le *Vidal* tous les ans et ils nous incitent à le mettre sur l'ordinateur ce qui est vraiment très pratique.

Mais c'est vrai qu'il y a des articles médicaux de temps en temps qui parlent de ces sites mais je ne les lis pas.

SC - Pourquoi ?

M6 - Toujours le manque d'intérêt pour l'informatique.

SC - Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes en avez-vous de leur utilisation pour votre pratique quotidienne ?

M6 - Alors les outils comme on a vu que ce soit le CRAT, la revue *Prescrire*, euh Antibiocliv, c'est des sites de prescription et parce que tout change, tout varie, y a des nouveautés, y a des choses intéressantes, y a des choses à ne plus prescrire, des choses à represcrire et des nouveautés à prescrire, donc c'est vraiment pour être à la pointe au niveau thérapeutique et pour proposer les médicaments qui ont le meilleur bénéfice-risque. C'est sûrement ça ma motivation. Pas prescrire un vieux médicament qui est complètement « *has been* », obsolète et qui pourrait être défavorable à la rigueur au patient donc c'est surtout pour ça que j'utilise les revues, les sites, donc c'est vraiment une aide à la prescription et une aide à être optimal dans la prescription.

SC - Vous avez un logiciel médical, vous n'avez pas évoqué les alarmes dans les dossiers.

M6 - Non moi toutes mes ordonnances je les tape à la main, il n'y a pas de têtes de mort qui apparaissent de temps en temps sur mes ordonnances. Je connais mes contre-indications, j'utilise un nombre limité de médicament que je connais bien. Quand un patient me signale une interaction ou un effet secondaire que je ne connaissais pas, je le mémorise pour moi, je le sais.

Donc voilà, en utilisant un minimum de médicaments, un IEC j'en utilise pas trente six, j'en utilise un ou deux, un ARA 2 je dois en avoir un ou deux en tête, pas plus, je limite comme ça les risques parce que les molécules que je prescris effectivement je les connais pas trop mal.

SC - Et pour les vaccins ?

M6 - Alors ça, je suis à fond dans la prévention et j'ai pas besoin de l'ordinateur pour faire les préventions, que ce soit l'hémocult, le DTP euh les frottis, les mammos, à la rigueur, les PSA, c'est sujet à discussion, euh tout ça j'ai formaté dans chaque dossier de patient un endroit où tout est indiqué, où je sais quand est le prochain VAT, de quand date la dernière mammo, le dernier hémocult, j'ai tout devant les yeux quand j'ouvre mon ordinateur. J'essaie d'être vraiment optimal sur la prévention, pour plusieurs raisons mais notamment, j'ai pas envie qu'on me reproche un jour de ne pas avoir suggéré à une patiente de faire ses frottis etc, donc ça je suis très vigilant sur la prévention et ça fait partie du rôle important de la médecine générale maintenant. Donc je n'ai pas d'aide informatique mais c'est vrai que c'est un outil en soi. Mes dossiers sont triés de telle façon qu'à chaque fois que j'ouvre un patient je ne suis installé que depuis deux ans... donc les trente premières secondes de consultation, à peine il est assis je remets à jour c'est VAT, PSA, mammo, frottis et puis hémocult hein euh grosso modo c'est les cinq grandes préventions et puis ensuite on peut y aller. Et puis le dernier bilan biologique aussi souvent, hein mais ça c'est vrai qu'on l'a assez facilement par l'outil informatique, tout est entré par lien internet, on a tout ça quoi. Donc je le vérifie quasiment à chaque fois ou très régulièrement avec mes patients.

SC - La gratuité des outils, est-ce un élément important pour vous ?

M6 - Oui, oui je pense que... je savais même pas que euh, j'ai pas l'impression de payer. Le *Vidal*, bah forcément on le paye indirectement, *Prescrire* on paye. Non moi je pense que si on me propose un super site payant, un peu généraliste, oui je suis preneur, ça me gêne pas non, loin de là.

SC - Quels sont les besoins dans votre pratique auxquels ces outils pourraient répondre ?

M6 - Bah, la prescription thérapeutique mais ça on en a déjà parlé, le suivi aussi avec la prévention. Et puis ah bah, y a des supers logiciels mais ça remplacera jamais l'expérience. Où on met trois, quatre symptômes chez un patient qui présente une asthénie par exemple et puis on met trois, quatre symptômes qu'on retrouve à l'examen clinique et puis on clique et y a une petite liste restreinte de diagnostics à évoquer en premier lieu, notamment les maladies infectieuses un peu longues, un peu rares, alors le Lyme, les machins, les trucs auxquels on pense pas d'emblée quoi. Donc oui ça pourrait être intéressant maintenant, euh, encore une fois je crois que ça avait été testé il y a dix ou quinze ans entre l'outil informatique et l'expérience du médecin, et l'expérience du médecin l'emporte largement, donc euh je mets des limites et des frontières un petit peu à l'utilisation de l'informatique. Faut pas tout informatique, on reste des cliniciens, pas des gens qui manipulent l'informatique.

SC - Quels reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M6 - Moi j'ai pas choisi mon logiciel, c'est Medistory et je le trouve pas très pratique d'utilisation. Moi j'aime bien ces logiciels où la première page y a quatre ou cinq carrés, grosso modo, et y a en haut à gauche les antécédents, en haut à droite le traitement euh, en bas à droite tout ce qui est prévention, ensuite les dernières consultations à côté et ça j'aime bien ce format-là. Avoir une vue d'ensemble sur les pages, ça je trouve ça bien, mais Medistory ne se prête pas vraiment à ça.

Ouais non, sinon euh.

SC - Par exemple le CRAT, Antibiocliv, que vous utilisez ?

M6 - Ah mais non c'est très facile d'accès et d'utilisation. Le CRAT, Antibiocliv, c'est vraiment fait pour les vieux généralistes même. Tout le monde peut y aller, c'est vraiment excellent.

Même s'ils le recommandent pas, hier je lisais ça sur le CRAT, euh moi j'ai assisté à plusieurs réunions où on peut proposer aux femmes enceintes d'y jeter un coup d'œil quand elles ont un doute, quand elles sont en plein weekend, qu'elles aimeraient prendre un médicament parce qu'elles ont mal à la tête et qu'elles osent pas, je trouve que ça peut être un bon outil pour elles de formation.

SC - Vous le proposez à vos patientes ?

M6 - J'en ai parlé avec d'autres médecins et on le propose. Quand je vois une femme enceinte je lui dis, y a le CRAT, c'est facile d'accès, c'est compréhensible, je leur explique en deux, trois minutes comment cela fonctionne. Je m'avise d'abord qu'elles sont bien « cortiquées », parce qu'il ne faut pas non plus leur donner un piège, c'est-à-dire quelque chose qui les rendent complètement parano. Mais ce sont des sites qui sont validés, je sais plus par euh, Armand Trousseau je crois et donc c'est validé, j'ai totalement confiance et le CRAT est plus compétent que le *Vidal* à ce niveau là. Puisqu'on peut prescrire plus de médicaments par le CRAT, que par le *Vidal*. Le *Vidal*, c'est tou-

jours, bon ben faut restreindre, au total, donc si nécessaire on peut... alors qu'avec le CRAT, c'est oui ou non donc c'est très facile.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M6 - C'est une question qui ne me concerne pas, parce que moi je suis satisfait de ce qu'on me propose, je n'ai pas d'idée de développement de ce genre de choses, euh non. Quand il y a un outil qu'on me présente et qui m'intéresse, euh, je l'intègre et je l'utilise quasiment immédiatement.

Comment on pourrait améliorer les choses ? Peut être faire un site universel, spécifique pour les médecins, qui réunissent tous les sites validés quoi. Une espèce de moteur de recherche mais que pour les médecins. Ou alors peut être que l'on pourrait me souffler, mais je sais pas comment, d'autres sites intéressants pour mes recherches mais je pense que je les trouverais si je lisais mes revues Prescrire où il doit y avoir toute une liste de sites où aller pour les conseils de vaccins, quand les gens partent à l'étranger, ça change tous les ans. Donc c'est vrai que c'est intéressant de se mettre à jour, on reçoit pas forcément tous les ans, le fascicule et pour ça par exemple, j'ai pas un site qui m'a été vraiment recommandé, je reste sur mes

bases 2010, je crois de vaccination. Je sais qu'en Afrique il y a eu quelques modifications au niveau du Palu où on fait plus du trois que du deux. Voilà non mais le boulot est assez lourd comme ça, je me satisfais de ma clinique, euh, de mes connaissances et quand je sais vraiment pas j'ai des spécialistes autour de moi et puis je les appelle et ça reste un rapport humain qui peut être plus intéressant. L'expérience c'est toujours bien, un coup de fil au PH de l'hôpital aussi c'est un moyen de formation tout à fait intéressant, pour avoir un avis, voilà.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

Non, je pense que, encore une fois je ne suis pas un adepte à fond de l'informatique. Je me satisfais de ce que j'ai sans avoir des espérances...

Je sais pas si le logiciel idéal existe de toute façon euh, et puis il y a beaucoup de choses sur internet euh, l'important c'est qu'ils soient validés par des hôpitaux, par des chercheurs, par des médecins et puis que ça se répande dans le corps médical. Je trouve qu'Antibioctic a été une très très bonne chose ces derniers temps.

Entretien avec M7

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M7 - 1956.

SC - En quelle année as-tu passé ta thèse ?

M7 - Euh, 1983.

SC - Quelle est ton année d'installation ?

M7 - 1985.

SC - Comment qualifierais-tu ton activité médicale ? Ton type d'exercice ?

M7 - Eh bien, urbain.

SC - As-tu une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M7 - Bah non, je crois pas, non. Je n'ai pas fait de formation qualifiante supplémentaire.

Je n'ai pas de patientèle particulière non plus, même s'il y a toujours une spécificité par médecin, non je ne pense pas avoir de spécificité d'exercice.

SC - Es-tu adhérente à une association de formation médicale continue ?

M7 - Oui, plusieurs même : l'UNAFORMEC et la SFMG. Je suis adhérente avec une part active dans l'UNAFORMEC et plutôt participante à la SFMG mais j'ai quand même payé une cotisation d'adhésion. Sinon je vais des fois à des séminaires d'autres trucs comme l'AFML, le truc qui est organisé par Pascale Renault. Donc je crois que quand tu vas à une formation continue, t'es quand même obligée de payer la cotisation d'adhésion et puis sinon j'ai été aussi l'an dernier à des séminaires d'un autre truc qui s'appelle, euh,... c'est une branche de syndicat parce que tu sais, c'est souvent des branches de syndicats, ça s'appelle FMC Action, voilà ça y est je m'en rappelle et c'est le truc de je sais pas quoi, mais un peu dissident de MG Form.

SC - Tu parlais d'une part active à l'UNAFORMEC ?

M7 - Bah je travaille comme, euh, je fais partie du bureau à l'UNAFORMEC Centre, ça m'arrive quand même d'écrire des séminaires et puis ça m'arrive d'en organiser ou de faire de l'animation.

SC - Quelles sont tes sources de formation, d'information ?

M7 - Mes sources de formation c'est les séminaires auxquels je vais, que ce soit des locaux ou, euh, des séminaires de deux jours, on va dire.

J'ai du faire un DPC l'an dernier mais j'ai fait une seule expérience pour l'instant et ça m'a trop plu, quoi, en tant que formation médicale.

Après je suis abonnée à des revues et puis, sinon de temps en temps, je vais aussi à l'association locale de Gien, qui fait des trucs tous les mois. Disons que là je commence un peu à y aller alors que j'y ai pas été du tout du tout pendant, euh, depuis que je suis installée à Gien quasiment quoi. Et sinon je fais partie d'un groupe qualité sur Gien.

SC - Et ton DPC, quel était le sujet ?

M7 - Mon DPC de l'an dernier était sur la BPCO, cette année on fait un DPC aussi sur Gien mais c'est plutôt pour organiser nos réunions de travail sur notre regroupement donc c'est pas véritablement de la formation, on va plutôt dire que c'est de l'information, mais c'est pas de la formation médicale.

Ah oui, y a un truc auquel je vais, je t'ai pas dit, je vais des fois aussi à des séminaires d'une association qui s'appelle REPERES, qui est vachement bien. C'est une petite association qui a été formée par un médecin généraliste qui était prof de médecine générale mais qui a du prendre sa retraite, qui était Eric Gallam, et qui font surtout des trucs relationnels concernant la médecine. Là, je vais aller à un séminaire en décembre avec eux sur le harcèlement professionnel.

SC - Et tu es abonnée à quelles revues ?

M7 - Je suis abonnée à *Médecine* et à la *Revue du Praticien monographies* je crois. Et j'ai pompé les codes d'accès à *Prescrire* à une copine. Je m'abonnerai à *Prescrire* quand il y aura une forme informatique mais il y a trop d'informations pour une forme papier moi je trouve. Donc je vais sur le truc avec les codes d'accès pour lire un ar-

ticle, quand j'ai des recherches à faire, je les fais des fois sur *Prescrire*.

SC - As-tu une connexion internet sur ton lieu d'exercice ?

M7 - Oui.

SC - C'est un haut-débit ?

M7 - Oui.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision ? Peux-tu en donner une définition ?

M7 - (*rires*), bah, c'est un truc qui aide le médecin quoi (*rires*). Euh, qu'est ce que je pourrais dire, euh ... bah, ce serait un outil qui amènerait les données actuelles de la science et qui permettrait au médecin de prendre une décision concernant le cas spécifique de son patient en fonction des caractéristiques du patient, de ce qu'il souhaite et de l'environnement, de la situation économique et tout ça quoi. Donc pour moi, ce serait un outil qui amène les données actualisées, de bonne qualité, fiables de la science. C'est surtout ça, je vois pas trop ce que ça peut être d'autre en fait.

SC - En utilises-tu dans ton quotidien en consultation ?

M7 - Bah, j'utilise de temps en temps Bazuriap, mais c'est pas devenu un réflexe et puis donc je le connais pas très très bien, je ne sais pas exactement toutes les données qu'il y a dessus.

Et puis sinon qu'est ce que j'utilise, bah, les banques d'interactions médicamenteuses mais je sais pas si ça peut y être assimilé.

SC - Si, si.

M7 - Donc dans ce cas, j'utilise la Banque Claude Bernard que j'essaie de faire fonctionner sur mon ordi en interface avec mon logiciel médical mais je suis un peu débutante.

Et puis, bah, après je fais des recherches moi-même mais bon, là ça tombe pas tout cru. Pour moi l'outil parfait c'est l'outil comme Bazuriap, tu tapes un thème et puis paf (*rires*). Ah oui, il y a aussi le dictionnaire des recommandations de la SFTG qui est pas mal, que j'utilise de temps en temps mais que j'oublie un peu aussi.

Et puis, bah, après je fais des recherches donc je regarde s'il y a des recommandations, je vais par exemple sur le Cismef. Je fais pas tellement de recherches en anglais. Bon après je cherche avec recommandations HAS, AFSAPPS, des trucs comme ça pour trouver un peu les choses mais comme mon niveau de confiance dans les recommandations officielles a été un petit peu mis à mal par l'histoire du Mediator, des anticholinestérasiques et tous ces trucs-là, euh, je suis moins, enfin confiante, encline à m'en servir comme ça. Pour moi l'idéal c'est le truc où t'as pas besoin de réfléchir mais en réalité je vois bien que ça existe pas vraiment finalement donc faut quand même réfléchir un peu.

Ah oui, si, j'utilise beaucoup le CRAT et là j'ai une confiance aveugle (*rires*). Je devrais peut-être pas mais pour moi c'est vachement bien.

Et puis j'utilise des endroits que j'ai un peu sélectionnés, par exemple pour les voyages, j'utilise le site du CHU de Rouen que j'ai tendance à trouver bien. Pour les vaccinations j'utilise la synthèse du BEH, bah, voilà après tu vois par domaine j'ai des fois des trucs que j'utilise plus que d'autres. Je les ai mis dans mes favoris sur l'ordi.

SC - Dirais-tu que tu as des freins à utiliser les outils d'aide à la décision ?

M7 - Des freins à l'utilisation, bah, euh... disons que moi j'ai l'impression que quand je fais une recherche personnelle, j'arrive toujours quasiment à avoir, euh, à trouver quelque chose qui me satisfait à peu près donc, euh, voilà. D'ailleurs j'ai un autre outil d'aide à la décision qui est mon logiciel One Note où je mets un peu les infos que j'utilise régulièrement ou les petits outils que j'utilise souvent. C'est un outil adapté à ma propre problématique qui sont, euh, que je pense que moi j'ai beaucoup beaucoup besoin d'aide sur le plan de la clinique parce que je considère que j'ai pas suffisamment bien appris ça. Donc là-dedans, je vais mettre aussi beaucoup de choses qui vont me permettre de retrouver des examens cliniques, des choses comme ça, quoi. Par exemple dans cet ordre d'idée puisque ça fait effectivement partie de la décision, j'adore un site de neurologie qui est le Collège des enseignants en neurologie, CEN, où il y a plein de vidéos et pour moi je trouve ça génial parce que ça m'a énormément aidé pour comprendre certaines sémiologies neurologiques que je ne connaissais pas bien quoi.

Sinon des fois, par rapport aux outils tout faits, il y a des choses qui sont très très faciles à utiliser comme le CRAT en consultation où la question est très simple aussi en général, est-ce que je peux utiliser tel médicament dans telle situation, donc la réponse est un peu binaire, enfin pas vraiment, mais c'est pas très long de lire le petit truc et puis de savoir mais par contre dans d'autres situations où justement les outils sont un peu plus complexes et je les connais pas très bien comme par exemple je pense pas toujours à chercher sur le dictionnaire des recommandations de la SFTG ou alors euh, je pense pas toujours à regarder dans Bazuriap et quelques fois je peux être freinée par le fait que je ne connais pas très bien l'outil.

Et puis des fois, il y a des informations qui sont très très dures à trouver parce que probablement il n'y a pas vraiment de consensus clair, bien défini, ça reste que des avis comme ça un peu contradictoires. Je sais pas moi, je me souviens une fois j'avais cherché s'il y avait un intérêt entre le Plavix et le Kardégic selon les indications parce que le cardiologue avait dit que c'était mieux de mettre du Plavix dans une indication d'artérite des membres inférieurs et bon voilà j'ai fini par trouver l'information mais elle est très parcellaire, elle ne permet pas de prendre une décision., malgré tout semble-t-il qu'il y ait un petit bénéfice dans l'artérite. Donc le frein, c'est la complexité de la question, le fait qu'il n'y ait pas vraiment de consensus en amont des recommandations ou alors que la question soit un peu trop spécifique.

Si je cherche et que dans plusieurs endroits, je vois la même chose, c'est vrai que ça va me conforter mais il faut que j'ai un petit peu le temps pour faire ça. De toute façon moi je trouve que si je suis en consultation, je peux utiliser quelque chose à réponse très rapide comme le CRAT ou comme la Banque Claude Bernard pour vérifier des interactions ou même des indications puisqu'avec l'interface avec le logiciel il y a les indications retenues, les AMM et tout ça, voilà mais après, si je décide de chercher un truc pour une question qui me pose problème pour un patient et puis d'approfondir un peu, il faut que je passe un petit peu de temps. Alors c'est vrai que là, si je trouve des réponses dans différents endroits, différents types de source des réponses identiques, ça va m'aider. Après, moi, je fais

de la recherche limitée parce que moi, je fais que de la recherche francophone, c'est assez rare que j'aie me prendre la tête à essayer de décortiquer des trucs en anglais que je ne maîtrise pas très bien.

Alors après, là où je suis beaucoup plus méfiante qu'avant, c'est les recommandations officielles, alors qu'avant j'avais un peu tendance à suivre ça les yeux fermés. Par exemple, on avait fait un groupe qualité sur la maladie d'Alzheimer et tout ça, on avait décortiqué les recommandations, on avait vu qu'on pensait plutôt que c'était, que bon, ils exagéraient un peu l'emploi des médicaments et finalement donc peut-être six mois, un an après ça commençait à devenir franchement évident mais c'est dans toute la période qui a commencé à suivre, après le médiateur, et puis bon, finalement, elle a été retirée après cette recommandation. Et donc, euh... ça m'a un peu mis les boules et puis tu sais, je suis allée regarder par internet les enregistrements des auditions pour l'histoire du Médiateur par la commission de l'Assemblée Nationale où ont été reçus un peu tous les gens, ceux de l'IGACE mais aussi la pneumologue, tu sais, Irène Frachon. Et voilà, quand j'ai vu ça, je te jure que ça m'a vraiment remuée parce qu'il y a des trucs, c'est vraiment le Moyen-Age de la communication quand tu vois qu'elle raconte être allée à l'AFFSSAPS avec des gens qui l'accompagnaient et qu'il y a des réunions où on leur a bien fait sentir que, comment ça se fait qu'ils disaient des trucs alors que c'était un médicament très ancien. Un moment même, elle ne savait pas à qui elle parlait et elle se rend compte que le mec qui était avec les médecins faisait partie d'un labo en fait. Et je te jure que ça ébranle très sérieusement ta confiance dans les institutions, en tous cas moi, ça m'a fait ça.

Donc voilà du coup, c'est un frein à l'utilisation des reco', du coup maintenant je suis un peu moins crédule.

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M7 - Euh, bah, il me semble que là dans ce que j'ai dit ça ressemble un peu à ça parce que si on parle d'une recherche sur internet ça va pas toujours être très facile de l'utiliser en consultation.

Bazuriap, par exemple, je le trouve simple d'utilisation mais je l'utilise pas, parce qu'en fait je ne connais pas très bien les items et je n'ai pas pris le temps de regarder cela et je ne connais pas tous les trucs. Attends, tiens, je vais regarder (*elle ouvre le site de Bazuriap*)... Mais je m'en servais peut-être plus si j'avais regardé le mode d'emploi, je ne sais pas combien il y a de fiches d'ailleurs mais il doit y en avoir beaucoup maintenant.

Je ne l'ai pas assez regardé, je sais que je connais trois, quatre fiches et puis voilà je me suis arrêtée là, quoi. Mais c'est vrai que je devrais regarder un peu (rises). Mais en fait, ce qui n'est pas toujours très facile dans Bazuriap, c'est qu'il n'y a qu'une chose qui est traitée. Tiens par exemple, anémie, il n'y a qu'un seul truc qui est sorti et c'est « Faut-il pratiquer une rectoscopie en cas d'anémie ? ». Et c'est relativement quand même confidentiel comme truc, quand tu penses à une anémie, tu ne penses pas forcément que à ça. Mais bon oui, non c'est que je devrais regarder un peu plus, il y a des tas de trucs qui ont l'air intéressant et que je devrais regarder (alimentation de la personne âgée...).

SC - Comment as-tu connu ces outils ?

M7 - Je suis allée faire une fois une formation sur la recherche sur internet, après des fois je lisais, pendant une période assez souvent la *Revue du Praticien Médecine Générale* où il y a un truc qui répertorie les sites informatiques. Je sais pas très bien, le CRAT, je sais plus qui m'en a parlé, donc c'est aussi par le bouche à oreilles ou en cherchant des trucs.

SC - Pourquoi utilises-tu ces outils ? Quelles sont tes attentes dans ta pratique auxquelles ces outils répondent ?

M7 - Euh, c'est sûr que j'ai des attentes particulières, peut-être plus que d'autres gens par rapport à la clinique, je m'en rends pas compte, c'est peut-être pas des trucs dont je parle très souvent avec mes collègues. Euh, après, j'ai des attentes très très fortes sur la validation des traitements parce que je n'ai pas du tout envie, enfin le moins possible on va dire parce que je le fais forcément beaucoup comme tout le monde, de faire ma sauce personnelle en fonction de ce qui me passe par la tête. Non, en plus de ça, c'est d'un tel niveau que ça dépasse mes compétences, mais même par exemple dans la prescription d'antibiotique, par exemple, il faut savoir pourquoi on prescrit telle molécule. Non et puis je trouve que c'est une espèce de devoir minimum de compétence par rapport au patient, d'être l'interface entre la recherche, l'élaboration des bonnes pratiques et puis l'utilisation quotidienne.

Oui, les médicaments et puis aussi les examens complémentaires, parce qu'il y a des tas de moments où on a besoin de savoir si c'est utile de prescrire tel ou tel truc, enfin surtout c'est peut-être plus visible dans l'imagerie que dans la biologie encore que des fois, en biologie, on en a besoin. Et puis ça me sert d'outils de discussion par rapport à mes collègues spécialistes aussi, parce que ça me permet de justifier ce que je fais ou de leur demander de justifier ce qu'ils font ou de dire, bah, là il n'y a pas vraiment de possibilités de justifier donc on va s'en remettre à l'avis de l'expert en qui on a confiance. Donc voilà, quoi, tout ce fonctionnement en réseau autour du patient.

C'est remettre à jour ses connaissances, parce que c'est bien que ce soit inscrit quelque part mais c'est un peu bégayé d'aller tout le temps chercher, mais moi je vais quand même beaucoup beaucoup chercher mes trucs, quoi. J'ai aussi un petit cahier sur lequel je note tous les trucs où je vais chercher un petit renseignement qui ne sont pas pressés mais bon ça c'est des trucs que je ne fais pas toujours. Enfin ça soutient quand même mon intérêt dans le travail tout ça, parce qu'il y a des moments où on s'embête un peu. Ça permet de continuer à avoir une réflexion intellectuelle aussi, une espèce de but, d'objectif quoi.

SC - La gratuité des outils est-elle un élément important dans leur utilisation ?

M7 - Je fais des recherches sur le site de la *Revue du Praticien* à laquelle je suis abonnée. Je ne fais pas de recherche sur le site de *Médecine* parce que j'ai oublié les codes, mais bon ça, ce sont des outils qui sont payants parce qu'il faut s'abonner à la revue papier. C'est à dire que moi, ça me gêne pas de payer mais pour le coup, il faudrait vraiment que j'établisse ma confiance avec l'outil.

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

Par exemple sur Bazuriap, je reprochais un petit peu le truc par rapport à ce que je t'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire que tu peux avoir des choses qui sont des fois un peu

parcellaires. Par exemple, il y a une fiche qui s'appelle autisme et en fait, il y a juste le questionnaire CHAT. Bon alors, c'est bien mais s'ils n'ont trouvé que ça à extraire de la reco', ça veut dire que c'était pas très simple d'extraire autre chose parce que finalement c'est un travail d'extraction des reco'. Mais moi je trouve que ce n'est pas assez visible, par exemple pour l'autisme, il pourrait y avoir marqué : dépistage, tout de suite, sans avoir besoin de cliquer et là, tu verrais que tu ne peux trouver que ça sur l'autisme. Bon, ça pourrait être un truc quoi. Mais non, finalement je n'ai pas tellement de critique parce que je ne trouve pas qu'il y ait d'outil parfait.

SC - Justement, que penses-tu de l'outil idéal ?

M7 - Ah... non, moi je crois pas que ça existe.

Mais c'est vrai qu'il faudrait quelque chose de valide, utilisable en consultation et assez complet. De toute façon, par rapport à la partie recherche sur la clinique, ça c'est très intéressant de lire les articles sur la clinique parce que chacun écrit sa propre clinique, mais tu te rends compte que l'examen clinique n'est pas quelque chose de figé et ça évolue. Tu vois en orthopédie, il y a plein de manières différentes d'examiner. Donc ça, de ce côté-là, de lire des articles pour se faire une opinion clinique, ce qui peut être utile c'est d'avoir des signes validés. Tiens par exemple, quelqu'un m'avait envoyé un message sur des signes validés pour le dépistage de l'appendicite, donc je l'ai lu un peu en diagonale, je n'ai pas vérifié du coup ce qui est marqué. Mais c'est vrai que la clinique peut être validée, il y a des signes cliniques dont on peut faire la spécificité, la sensibilité. Et quand je vois des gens les mettre dans leurs articles, je trouve ça vachement intéressant.

Après, dans les modalités de traitement, bah, oui, je préfère que ce soit validé dans la mesure où on peut faire confiance à la validation, c'est ça aussi le truc qui n'est pas très simple. Je ne sais pas comment dire, mais on n'est pas dans une situation très simple et moi je préfère qu'il y ait plusieurs outils et recouper les trucs parce que finalement ça me rassure plus. Mais c'est sûr qu'en attendant, bah, je perds du temps à faire comme ça parce que je vais perdre le temps que j'estime qu'il me faut pour vérifier etc. Donc en attendant, il y a des moments où je pourrais changer ma pratique et puis je ne la change pas.

Mais c'est un peu le problème de quand on est un peu seule, parce que si j'étais dans une association où il y avait un travail de réflexion, je le fais un peu dans le groupe qualité mais pas suffisamment. Mais peut être que si j'étais dans un truc associatif où on faisait un travail de réflexion sur les outils, bah, on pourrait s'appuyer les uns sur les autres.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que tu souhaiterais ajouter ? des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M7 - On n'a pas du tout abordé les « *reminders* », les trucs comme ça.

SC - Ca en fait partie aussi.

M7 - Voilà, moi je trouve que de ce côté-là, il y a un truc à améliorer, je sais pas comment, mais les alarmes dans les logiciels c'est pas très simple, surtout avec le logiciel que j'ai actuellement.

Par exemple si j'utilisais tout le temps l'interface Claude Bernard dans le logiciel, ça dégagerait déjà un certain nombre de trucs dont des contre-indications avec des pathologies de la CIM 10 que j'ai rentrées avec les antécédents ou alors par rapport à des allergies, des intolérances médicamenteuses. Si j'arrivais à utiliser facilement la Banque Claude Bernard dans le logiciel, ça me permettrait d'amener cette sécurité-là. Maintenant si tu veux moi, dans l'organisation du dossier, je pourrais améliorer un certain nombre de trucs. Par exemple, tu vois, un truc qui s'est passé il y a quelques années et qui n'a pas clairement été mis en évidence quelque part et ben finalement, quelques années plus tard, tu te retrouves à avoir oublié cette donnée et tu ne peux pas bien la prendre en compte. Par exemple Mme M, c'est une vieille dame qui est un petit peu délirante, j'étais chez elle et puis je pensais qu'elle avait une fibrillation auriculaire, elle était très rapide, un essoufflement à l'effort, un rythme irrégulier, je suis revenue, j'ai fait l'électro', j'ai diagnostiqué la fibrillation auriculaire et je l'ai mise sous traitement anticoagulant. Et puis en rangeant son dossier, je me suis rendue compte, et j'avais totalement oublié, que l'an dernier H., tu sais mon interne, était allée la voir et m'avait dit : « elle est en fibrillation auriculaire. » Et je m'étais dit : oh là là ça va être la catastrophe pour la traiter, elle ne va jamais vouloir prendre les médicaments parce qu'elle ne veut jamais rien faire, pas d'examen rien. Et en fait je ne m'étais plus souvenue que j'avais été voir le cardiologue avec son électro' et qu'il m'avait dit non, ce n'est pas une fibrillation auriculaire. Et du coup je me suis stressée et je me suis dit, si ça se trouve, cette fois-ci, ce n'est pas une fibrillation auriculaire et je suis allée le voir ce matin et il m'a dit, si, cette fois-ci, c'en est bien une (rires). Donc elle n'est pas sous AVK pour rien.

C'est pas ça que je veux dire, mais tu vois, dans le dossier médical il y a des outils d'aide à la décision mais si ton dossier, il n'est pas vraiment optimal dans l'utilisation des données, bah voilà, et ça combien de fois tu le vois. Moi des fois, ça m'est arrivé d'avoir oublié qu'un patient avait fait une hypothyroïdie sous Cordarone, enfin des trucs comme ça, parce qu'il est à Santel et c'est un dossier papier puis que je l'avais pas bien vu. Et tu te dis, si le dossier était plus performant bah, voilà quoi.

Par exemple, sur le dossier informatique, moi, je crois que mon logiciel a vraiment de très grosses limites. Mais je sais qu'avec d'autres logiciels, si on met le paquet pour s'en servir aussi, il peut être exploité, si on fait rentrer les trucs dans les alertes et tout et tout quoi. Enfin moi, je sais pas trop, je ne suis pas spécialisée là-dedans mais je pense que tout ce machin d'aide-mémoire ça pourrait être optimisé un petit peu, bon ça marche bien pour les vaccins mais voilà très bien.

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M8 - 1948.

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M8 - 1979.

SC - En quelle année vous êtes-vous installée ?

M8 - 1981.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité médicale, votre type d'exercice ?

M8 - Bah, je fais de la médecine générale, euh, vous voulez que je la qualifie sur quels critères ?

SC - Sur votre patientèle, votre mode d'exercice.

M8 - Rural.

SC - Avez-vous une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M8 - J'ai un DU de soins palliatifs et je suis médecin coordonateur en EHPAD.

SC - Etes-vous adhérente ou participante à une association de formation médicale continue ?

M8 - Euh, une formation médicale continue du Montarçois, c'est une FMC locale, il n'y a pas de rattachement à quelque chose de régional, départemental ou national. Non, c'est juste un truc local et les activités se situent à l'Hôpital de Montargis.

Et puis sinon bah, au réseau de soins palliatifs et puis à titre médical au Réseau Loiret Diab, c'est un truc, euh, un réseau sur le diabète de la région nord du Loiret, rattaché à Montargis.

Bon et puis à titre à la fois professionnel et individuel, à France Alzheimer. Pour le reste, ça doit être à peu près tout ce que j'ai d'officiel à vous annoncer.

SC - Quelles sont vos sources de formation, d'information ?

M8 - Bah, ma principale source d'information pour moi, c'est plutôt internet et la lecture de revues médicales. On est abonné à *Prescrire*, après, c'est des journaux qu'on reçoit à titre systématique et on est abonné aussi à *la Revue du Prat*.

Voilà, sinon c'est des bouquins que j'achète ou je vais regarder des choses sur internet. Sinon les autres formations, c'est les formations habituelles, mais il y a un petit moment que je n'y suis pas allée. Faire des formations avec MG Form, euh voilà, je ne sais pas si on peut parler des soirées labo comme étant des moments de formation, mais éventuellement ça peut être ça.

Je participe aussi à des assises de médecin coordonateur, on peut considérer que c'est de la formation aussi.

Je ne vais pas à des séminaires précisément, sauf éventuellement des trucs de labo mais c'est plus très courant et puis les labos n'ont plus de sous à mettre là-dedans et je trouve que c'est un peu bidon aussi.

SC - Avez-vous une connexion internet sur votre lieu d'exercice ?

M8 - Oui.

SC - Et est-ce un haut-débit ?

M8 - Oui.

SC - Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision, en avez-vous une définition ?

M8 - Oui, une aide à la décision est une aide à la décision, je sais pas quoi vous dire (*rires*).

Alors sur mon logiciel médical, j'ai par exemple la Banque Claude Bernard qui est connectée directement, après j'ai les recommandations des assoc' que j'ai virées parce que ça alourdit justement le logiciel médical. Bah, sinon ça

m'arrive d'aller sur internet pendant le cours de la consultation pour aller vérifier des trucs ou pour expliquer des choses au patient ou pour les imprimer pour le patient.

SC - Et vous allez sur quels sites ?

M8 - Euh, je sais pas, je vais sur Google pour faire une recherche de documentation, et puis les sites, après, je les sélectionne en fonction de, je sais pas... Euh, je ne vais pas sur les sites grand public, mais plutôt sur les sites de la Faculté de Rouen, de la Faculté de Rennes, Grenoble, enfin bon, il y a quelques facultés qui ont des sites qui sont bien faits.

SC - Quels sont ceux que vous utilisez dans votre quotidien en consultation ?

M8 - Et bien donc les sites des facultés et puis les recommandations mais je n'ai pas mis mon nez dedans en permanence mais ça peut être une aide à la décision, plutôt dans mon boulot de médecin coordonateur, je dirais où j'ai plus un temps de réflexion et d'organisation. Mais en médecine générale, ben... ça m'arrive quand même d'aller regarder dans les recommandations HAS pour avoir une idée, en sachant que évidemment, ou dans *Prescrire*, ou dans *la Revue du Prat*, en sachant que les recommandations HAS sont évidemment soumises à caution, puisque les conflits d'intérêt ne sont pas clairs, clairs.

SC - Et Prescrire vous y allez en consultation ?

M8 - Non, sauf si c'est un truc que j'ai lu et dont je veux discuter avec un patient, ça peut m'arriver mais c'est plutôt après la consultation ou à moment de libre que j'aurais.

Et puis j'utilise le CRAT pour les risques tératogènes, je l'ai sur mon téléphone aussi et il y a des outils d'aide à la décision, c'est tout ce qui concerne le calcul de formules rapides etc. Bon après, en anglais, il y a les sites anglais, ça m'arrive d'aller consulter des sites canadiens, suisses ou belges, en particulier sur ce qui concerne la fin de vie et la prise en charge des personnes âgées.

SC - Quels sites ?

M8 - Oh, ce sont des sites d'université en général. Mais ça reste de l'internet facile d'accès. Je vais souvent aussi sur le site de la ligue de la Leche, ça me permet de donner des infos ou de tirer des trucs sur le papier pour les dames que j'ai en face de moi.

SC - Avez-vous des freins à l'utilisation d'outils d'aide à la décision ?

M8 - Vous voulez dire de par ma personnalité, de par quoi ?

SC - Plutôt par manque d'intérêt ou d'utilité par exemple ?

M8 - Non moi, je suis intéressée par ce genre de choses. Non je n'ai pas du tout de frein à leur utilisation même si je peux avoir un regard critique sur ce qui m'est donné comme information. Non, mais ça fait partie du travail qu'on fait d'avoir un regard critique sur ce qu'on lit et sur ce qu'on trouve sur internet évidemment et même sur les recommandations, même la Banque Claude Bernard etc. Enfin bon, les outils utilisés pendant la consultation. J'ai la même chose sur mon téléphone, enfin c'est à dire que ça fait peut être partie des choses que vous voudrez savoir après, mais je vous le dis. C'est mon logiciel médical auquel je peux avoir accès en visite, parce qu'il y a un accès distant d'installé et j'ai aussi la Banque Claude Bernard sur mon téléphone.

Je suis un médecin « geek » comme on dit (*rires*). Mais c'est surtout que je pense qu'il n'y a pas beaucoup de logiciels qui le font et le logiciel que j'ai, le fait depuis pas très longtemps.

SC - C'est quoi le nom de votre logiciel ?

M8 - C'est Mediclick, c'est un logiciel de CLM.

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ? Si oui pour-quoi ?

M8 - Dans mon logiciel il y a des fenêtres qui peuvent apparaître ou des alarmes ou la façon de bien ranger des choses dans l'observation du patient, ça c'est un truc qui me gonfle un petit peu donc je les ai virés. Moi j'ai tendance à rentrer un paquet avec tout ce que je pense, ce qui fait que quand il y a une remplaçante ou un interne qui passe après moi, c'est pas toujours évident d'après ce qu'on m'a raconté.

Il ne faut pas que ça prenne trop de temps non plus.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M8 - Ben, la première chose c'est évidemment l'informatisation qu'on a eu, euh... Je sais pas à quand ça remonte ce truc-là, dans les années, je sais plus quand est-ce que les médecins ont été fortement sollicités pour s'informatiser, je sais plus quelle année, mais c'était dans les années 90. Donc on s'est informatisé tout de suite, et donc je suis installée avec mon mari et donc on travaille en réseau sur le plan informatique et les outils sont venus avec quoi.

Après, tout ce qui est papier, ça a toujours été. Et donc avec le logiciel médical via la banque Claude Bernard, voilà quoi.

SC - Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes en avez-vous de leur utilisation pour votre pratique quotidienne ?

M8 - Je dirais de cadrer ma prise de décision ou quand je le fais à distance, c'est de m'informer sur des questions que je me pose soit par rapport à ma pratique, soit par rapport au côté un peu plus scientifique, purement dans la prise de décision.

SC - Cadrer dans quel sens ?

M8 - Cadrer ma prise de décision mais également ma pratique en général, il n'y a pas que la décision, qui se termine par un diagnostic, un traitement, etc, il y a aussi tout un tas de choses qui sont de l'ordre du relationnel, de la prise en compte de tous les facteurs que l'on a à prendre en compte en médecine générale, pas forcément que de la médecine. Et puis ça interroge aussi sur sa façon d'être, sa façon de faire. Et puis plein d'autres choses, l'organisation du travail, du cabinet, enfin bon plein d'autre chose.

SC - Cadrer aussi dans le sens de s'appuyer sur quelque chose et pas seulement sur le « feeling » ?

M8 - Oui évidemment mais ça c'était il y a très longtemps quand même.

SC - La gratuité des outils, est-ce un élément important pour vous ?

M8 - Bah, peuf, comme je suis un vieux médecin pas forcément, quoi. Non parce que ça m'arrive de dépenser des sous pour acheter des bouquins quand même, mais je pense que pour un jeune médecin...

Non mais la gratuité, ça existe ?

SC - Oui ça existe comme les sites internet gratuits.

M8 - Ah, OK, non mais la gratuité d'internet, ça, c'est clair que c'est un truc intéressant. Je ne pense pas payer quoi que ce soit sur internet pour avoir des informations.

SC - Et bien Prescrire, par exemple, vous payez l'abonnement.

M8 - Mais je ne vais pas sur le site de *Prescrire*, pour la raison qu'ils demandent à chaque fois, franchement c'est juste de l'ordre de la fainéantise, ils demandent un numéro d'abonnement, je sais pas quoi, que jusqu'à présent, j'ai été infoutue de rentrer parce que je m'y suis jamais collée quoi, donc *Prescrire*, pour moi, c'est une revue. Donc c'est vrai que peut-être je vais le faire, mais je ne sais pas si j'ai beaucoup de temps pour faire tous ces trucs-là.

SC - Quels sont les besoins dans votre pratique auxquels ces outils pourraient répondre ?

M8 - Les outils d'aide à la décision ?

SC - Oui

M8 - Alors pour moi, ce serait qu'on puisse franchement éliminer les histoires de conflits d'intérêts parce que ça pourrait la vie de la médecine en général. Mais ça, ce serait un énorme pavé. Voilà, à part ça, je vois pas trop.

SC - Vous parliez de cadrer votre pratique.

M8 - Oui ben, il faut toujours se remettre en question quelque part. Je sais pas, ça va dans le sens de l'amélioration aussi.

Et puis c'est sûr que au niveau de la formation, bien que je sois un vieux médecin, j'aurais envie de faire plus mais c'est de plus en plus compliqué, parce que les journées, surtout en hiver, le soir, je n'ai vraiment pas envie de ressortir de chez moi et d'aller faire des kilomètres et j'habite loin d'Orléans et voilà, et sur Montargis, il ne se passe pas grand-chose. Oui, voilà quoi.

SC - Donc des formations interactives via internet, ça pourrait vous intéresser ?

M8 - Ah oui, ça c'est sûr que oui. Je ne m'y suis jamais collée, je sais que ça existe il y a des e-formations sur internet. J'avais pensé à ce type de formation pour un truc qui concerne la gériatrie, donc boulot de médecin co'. Je voulais faire un truc sur les troubles du comportement et la maladie d'Alzheimer et l'approche non-médicamenteuse et il y avait des formations possibles sur une fac parisienne, je sais plus trop laquelle, mais pas précisément là-dedans. Mais c'est sûr que ce genre de truc m'intéresse, en même temps, je ne sais pas trop à quoi ça correspond de faire un DU sur internet et ce que ça demande comme temps, en même temps, ça doit en demander beaucoup quoi. Et du temps, ben, ça devient compliqué le temps.

SC - Quelles reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M8 - Ben, déjà en étant à la campagne, ma vitesse de connexion n'est pas optimum, je dois être à 10 ou un petit peu en dessous de 10, donc je sais qu'en ville, ça va vachement plus vite. Après, moi, j'aimerais bien que ça fonctionne un peu plus rapidement sur mon téléphone, mais ça ce n'est que de la technique qui n'a rien à voir avec la médecine.

SC - Oui, mais quand même.

M8 - Bon après, si on pouvait faire en sorte de se former plus sur internet, c'est sûr que ça m'intéresserait surtout en étant médecin rurale, ça je pense que c'est un truc important avec des formations qui soient de bonne qualité et adaptées au temps que je peux y consacrer. Après je

sais pas trop quoi dire. Je vous dis que c'est compliqué d'aller trainer dans les grandes villes universitaires mais ça il n'y a aucune solution, juste de s'installer dans une ville universitaire quand on s'installe.

Tout ce qui concerne les connexions avec la Sécu aussi, c'est pas du tout au point, mais, c'est pas des outils d'aide à la décision, c'est plutôt des outils qui doivent s'améliorer. C'est surtout affiner des recommandations et faire qu'elles soient beaucoup plus indépendantes des conflits d'intérêts mais je ne sais pas si ça arrivera un jour.

Oui, aussi la traçabilité de ma décision, c'est vrai que ça c'est un truc auquel on réfléchit pas trop, parce qu'on a une pratique, comment dire, on travaille seule, même si je suis associée à mon mari. Mais je pense que les gens qui travaillent en cabinet et qui ont des temps de réflexion sur leurs pratiques, euh... On est en train de réfléchir à une maison de santé, comme partout en France hein, et on a bâti un projet, et cætera, parce qu'on est des médecins qui ont un certain âge et donc c'est vrai qu'il y a inclus dans ce genre de maison, des temps de réflexions sur sa pratique, sur l'interconnexion avec les paramédicaux, avec les réseaux etc. Bon ça revient pas à la prise de décision, c'est plutôt l'amélioration des pratiques.

Enfin si, ça a à voir avec la prise de décision parce qu'on décide de quelque chose en en discutant avec les infirmiers, les kinés etc. Ca c'est aussi ce que je fais en EHPAD, ça c'est important et c'est relativement nouveau comme idée, enfin, on l'a toujours fait nous finalement, voilà le fait de travailler en groupe et avec les paramédicaux c'est important.

Et puis les discussions qu'on peut avoir avec les spé évidemment. Mais ça, c'est vrai que ça prend énormément de temps, de pouvoir joindre les spécialistes, de discuter. Mais les outils, alors là, ne sont pas vraiment encore au point, c'est à dire que internet entre médecins généralistes et spécialistes ça ne fonctionne pas bien, mais je pense que ça fait partie des projets des agences de santé.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M8 - Oh, ça je ne pense pas que ça existe, donc je n'en attends pas grand-chose.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ? des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M8 - Bah non, mais et vous ?

SC - Non c'est parfait.

Entretien avec M9

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M9 - 1974.

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M9 - 2005.

SC - En quelle année vous êtes-vous installée ?

M9 - 2008.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ? Votre type d'exercice ?

M9 - Plutôt rural, bien qu'il y ait l'hôpital d'Orléans la Source pas loin, nous, on est à un quart d'heure. Donc quand il y a besoin, c'est assez facile.

SC - Avez-vous une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M9 - Pas du tout, je fais de tout. Parce que j'ai fait médecine générale pour voir aussi bien les enfants que les adultes.

SC - Un DU ?

M9 - Non, pas du tout.

SC - Etes-vous adhérente ou participante à une association de formation médicale continue ?

M9 - Non, j'y vais de temps en temps par les labos, mais sinon pas du tout, parce que c'est plutôt sur La Ferté Saint-Aubin et comme j'habite Orléans, du coup, c'est pas très simple. Il faudrait que je m'inscrive sur Orléans.

SC - Et des FMC nationales ?

M9 - Euh, ça j'en ai fait quelques unes mais sans être adhérente en fait. Donc c'est au coup par coup et de temps en temps.

SC - Quelles sont vos sources de formation, d'information ?

M9 - Euh, plutôt les réunions par les labos, donc ça j'en fais de temps en temps et puis après, comme ça, des formations occasionnelles sur des sujets qui m'intéressent. Donc j'en fais bah, au moins deux par an. Mais tout ce qui est FMC locales, ça, par contre, j'y vais pas du tout.

SC - D'autres sources d'information ?

M9 - Alors les journaux et puis internet aussi.

SC - Quoi comme revues ?

M9 - *Le Quotidien du Médecin* et j'étais inscrite aussi, puis là ça fait un bout de temps que j'ai arrêté, comme j'ai accouché il y a pas longtemps, j'ai un peu mis en *stand by*, mais il y avait *la Revue du Praticien Médecine Générale*.

SC - D'autres revues ?

M9 - Il y avait *Prescrire* mais il y a bien longtemps que j'ai arrêté (*rires*). Je lisais les titres et puis c'était tout, donc non, j'ai arrêté depuis longtemps.

SC - Et vous parliez d'internet ?

M9 - Bah, c'est à dire que je regarde sur les sites spécialisés de temps en temps, quand j'ai besoin d'un truc, bah, sur les sites de dermatologie. Donc j'utilise le site des dermatologues de France et, je regarde pas mal sur le site de Rouen, du CHU de Rouen, le Cismef.

SC - Avez-vous une connexion internet sur votre lieu d'exercice ?

M9 - Oui.

SC - Et est-ce un haut-débit ?

M9 - Oui, c'est de l'ADSL.

SC - Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision, en avez-vous une définition ?

M9 - Pas plus que ça.

SC - Et c'est quoi pour vous ?

M9 - Euh, je sais pas, je montre les symptômes et ça me dit la maladie, ce qu'il faut faire, l'arbre décisionnel derrière (*sourire*). Donc c'est plutôt un logiciel intégré dans mon logiciel médical, enfin c'est comme ça que je le vois, mais j'en sais pas plus.

SC - Quels sont ceux que vous utilisez dans votre quotidien en consultation ?

M9 - Alors, bah, comme j'ai dit, le Cismef et le site de dermatologie, je l'utilise pas mal pour diagnostiquer avec les photos et autres quand il y a un truc que je sais pas.

SC - D'autres sites ?

M9 - Non, pas spécialement.

Ah si, le truc de gastro, il y a un truc d'hépatite mais ça fait longtemps que je l'ai pas fait, un site d'hépatite qui était bien fait pour diagnostiquer mais je ne sais plus son nom. Et puis je vais sur le site Pasteur, pour les voyageurs, ça, j'y vais pas mal. Je vais sur le BEH une fois par an en général pour voir les nouvelles recommandations, après, c'est toujours la même chose.

SC - Avez-vous des freins à l'utilisation d'outils d'aide à la décision ?

M9 - Euh, hein, non pas spécialement mais c'est plus le temps en consultation, on n'a pas trop le temps, il faut que ça aille vite.

Après, moi, ce que je fais quand il y a des trucs que je sais pas, bah, c'est vrai que de temps en temps je botte en touche et j'envoie faire une prise de sang, un truc et puis du coup ça laisse le temps de rechercher.

SC - Et vous recherchez où dans ce cas ?

M9 - Euh, j'appelle des confrères aussi pas mal, j'appelle des spécialistes. Quand j'ai vraiment un truc que je sais pas, j'appelle un confrère.

Et puis c'est vrai que je sais pas trop où chercher et puis, bah, c'est quand même pas hyper-fréquent non plus quand il y a un doute. Je dis pas que je sais tout, mais c'est vrai qu'en discutant avec vous, oui, je crois que j'ai plus recours aux spécialistes quand il y a un truc que je sais pas, et il me dit quoi faire comme examen complémentaire.

SC - Et après vous regardez dans la littérature ?

M9 - Pas vraiment, non (*rires*).

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ? Si oui pour quoi ?

M9 - Non, pas du tout, parce que j'en utilise peu.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M9 - Par la fac je pense. Cismef, c'est par la fac, pour mes études et puis du coup je l'ai gardé parce que je trouvais que c'était assez pratique. Et puis après, c'est sur internet, en n'allant pas sur n'importe quel site. J'utilise un moteur de recherche et puis après je regarde les adresses des sites, quoi enfin je veux dire, on est bien d'accord, je prends pas le premier venu, le tout venant quoi. Donc je vais plutôt sur les collègues de spécialistes, les sites d'université.

SC - Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes en avez-vous de leur utilisation pour votre pratique quotidienne ?

M9 - Bah, c'est pas mal pour le diagnostic et puis la conduite à tenir aussi avec la thérapeutique. Et puis après, si, ça m'arrive aussi de temps en temps, via Google, pour des maladies hyper-rares que je me souviens plus, souvent ça m'arrive aussi de regarder pour me remettre à jour, plutôt que d'aller ressortir des bouquins de la fac (*sourire*)...

Mais ça, je le fais plutôt hors consultation, quand les gens sont pas là ou quand je reçois les courriers et que des diagnostics ont été faits et que je me souviens plus bien, donc là, je retourne regarder.

SC - La gratuité des outils, est-ce un élément important pour vous ?

M9 - Je ne me suis jamais posé la question.

Bon après, il faut pas que ça coûte mille euros par an, quoi. Mais pourquoi pas, après je vous dirais pas de prix, mais comme un abonnement à une revue. C'est pas un élément primordial tant que ce n'est pas exorbitant.

SC - Quels sont les besoins dans votre pratique auxquels ces outils pourraient répondre ?

M9 - Les interactions médicamenteuses, ça rentre dedans ?

SC - Oui.

M9 - Alors, ça oui, mais on a Hprim au niveau de notre logiciel et ça nous le dit.

Ouais, ça je trouve ça intéressant parce que des fois, on ne se souvient plus bien des interactions médicamenteuses. Et puis on a aussi le BCB, la Banque Claude Bernard intégrée au logiciel donc ça nous dit « attention » quand il y a un truc, souvent c'est lié à l'âge et du coup, on le donne quand même.

SC - Donc vous avez des alarmes pour d'autres choses ?

M9 - Euh, oui, pour les vaccins, ça rentre dans les outils d'aide à la décision tout ça ? Comme quoi du coup, je connais pas bien, y a plein de trucs qui rentrent dedans, je me rends pas compte... Les vaccins, oui, ça peut se marquer dedans, je ne m'en sers pas. Pareil pour le rappel des examens, je le fais pas parce que c'est par habitude, après les gens diabétiques, on sait qu'il y a ça à faire et du coup moi je les revois tous les trois mois, donc tous les trois mois, je regarde et je fais les examens.

SC - Et pour les examens de dépistage ?

M9 - Ouais, mais ça c'est pareil, j'éduque mes patients et donc globalement, je ne me sers pas de ces alarmes-là, peut-être parce que c'est pas assez facile au niveau du logiciel pour rentrer des trucs, peut-être que c'est ça aussi. Enfin globalement, tout ce qui est frottis, vaccin, mammographie, globalement j'y pense à peu près.

En tout cas moi, ce que je vois plus dans ma pratique, c'est dans l'aide au diagnostic. C'est plus ça dont j'ai besoin avec des arbres décisionnels et la conduite à tenir une fois qu'on a le diagnostic, par exemple.

SC - Quelles reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M9 - Peut-être pas assez simples d'utilisation. C'est ça oui, au niveau du temps, après il faut rentrer les dates, les machines, les trucs.

Après, ceux que j'utilise, je trouve qu'ils sont rapides d'utilisation, mais par exemple Cismef, il faut trouver le temps de le lire après. C'est plus du manque de temps, donc je le fais après, quand les gens sont partis, entre 12h et 14h.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M9 - Bah, euh... quelque chose d'assez rapide, je sais pas, enfin en même temps si on met tout dans l'ordinateur, tous les symptômes et que ça nous sort quelle est la maladie et quel traitement il faut faire et quelle prise de sang il faut faire faire, enfin je vois pas bien l'intérêt qu'on soit là. Enfin si, il faut bien examiner quand même.

Euh, hein, je sais pas, peut-être sur la mise à jour des connaissances, quelque chose qui soit réactualisé peut-être du coup, des choses qui soient mises à jour ; de fait sur l'interaction des médicaments, si on nous le dit pas, si on n'a pas eu l'info, bon ben, voilà, si on n'a pas bouquiné, on n'a pas lu, on n'a pas écouté. Donc quelque chose qui soit réactualisé par rapport à la thérapeutique et aux nouveaux traitements. Donc quelque chose qui soit plus mis à jour que notre tête quand on n'a pas le temps de faire autre chose.

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M9 - Non, c'est vrai que je me rends pas bien compte de tout ce que ça regroupe. Après, je pense que c'est vrai que c'est le genre de chose qui, à mon avis, est bien pour les

jeunes médecins, quand on sait pas tout, enfin c'est pas qu'on sait pas tout, mais par habitude de prescription, après on sait, une infection urinaire : on traite, enfin, voilà quoi.

Entretien avec M10

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M10 - 1953.

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M10 - 1981.

SC - En quelle année vous êtes-vous installé ?

M10 - 1981.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité médicale ?

M10 - Bah, médecin de famille en gros, quoi. Ca dépend, je sais pas très bien ce que vous voulez dire par cette question.

SC - Votre type d'exercice ?

M10 - Urbain avec plusieurs casquettes parce que je m'occupe de plusieurs choses pour diversifier un peu.

SC - Vous vous occupez de quoi ?

M10 - Donc je m'étais beaucoup impliqué dans le SIDA et j'avais créé le réseau SIDA et puis je m'occupe actuellement des appartements de coordination thérapeutique, c'est pour soigner les gens qui cumulent un peu les handicaps à la fois : sociaux, de santé, psychologique aussi avec soit des cancers, soit des hépatites, soit des sidas. Donc là, c'est un travail d'équipe, c'est assez intéressant. Et puis je travaille aussi avec le réseau diabète, je fais partie du bureau mais je n'ai pas une activité, une place très importante mais ça m'intéresse.

SC - Vous parlez de Diabolo ?

M10 - Oui.

SC - Et le réseau SIDA ?

M10 - Il existe toujours mais ce n'est plus moi qui m'en occupe, je m'en suis occupé douze ans, alors ça commence à faire beaucoup.

SC - Avez-vous une spécificité d'exercice ? Une spécialisation ?

M10 - Non.

SC - Des DU ?

M10 - Oui, j'ai fait des DU sur la prise en charge du sida, et puis j'ai fait un diplôme de santé publique à Nancy.

SC - Etes-vous adhérent ou participant à une association de formation médicale continue ?

M10 - Bah, actuellement non, parce que l'AGEONOR ne fonctionne plus. Avant, j'y participais de façon pas tout à fait régulière mais quand même.

Sinon je vais à des formations médicales, voilà c'est des formations d'un jour ou deux. Et puis quand même de temps en temps des soirées, même quand c'est des laboratoires, quand c'est des choses nouvelles, tiens, par exemple, je suis allé à un truc sur les nouveaux anticoagulants mais c'est plus pour s'informer.

Mais les soirées labo, c'est rare, il faut que ce soit vraiment intéressant ou vraiment nouveau. Et c'est pas tellement pour entendre le discours du labo mais plus pour entendre le discours de l'intervenant, ce sont généralement des gens qu'on connaît.

SC - Quelles sont vos sources de formation, d'information ?

M10 - Lecture !

SC - De quelles revues ?

M10 - *Prescrire*, et puis *la Revue du Prat*, et puis après il y a aussi internet, parce que quand j'ai besoin d'information, je vais beaucoup aussi sur internet.

SC - Et qu'utilisez-vous sur internet ?

M10 - Bah, c'est un peu les mêmes références, et puis sinon je vais de temps en temps sur le site de Rouen, je le reçois toutes les semaines mais je n'ai plus le nom.

SC - Le Cismef ?

M10 - Oui, c'est ça, ils font une revue bibliographique de tout ce qui est intéressant et qui paraît chaque semaine, je la lis un peu en diagonale pour voir ce qui peut m'être utile.

SC - Vous parliez des formations ?

M10 - Ah bah, ça j'ai pas de structure ad hoc. J'y vais pas beaucoup, j'y vais une fois par an en gros, quelque chose comme ça, j'y vais pas suffisamment. Mais j'avoue que je suis un peu, euh... ce qui m'ennuie, c'est que c'est toujours très stéréotypée la façon de faire les FMC, c'est toujours, les mêmes fonctionnements, je trouve que c'est un peu pénible.

SC - Pourquoi ?

M10 - C'est passif, et on n'a pas de surprise, parce que c'est toujours les mêmes thèmes, mais bon, pour avoir des financements il faut rentrer dans les clous.

Moi, il y avait un truc qui m'avait vachement emballé, mais qui n'existe plus en France. Quand je m'étais récemment installé, il y avait à Tours des unités de valeur, c'est à dire qu'on pouvait revoir toute une matière pendant une semaine à la fac. Moi, je trouvais ça très bien. C'est-à-dire qu'il y avait une préparation en amont et puis on était pendant une semaine entre cinq et dix maximum, et moi j'avais fait un truc sur la pédiatrie et on avait revu toute la pédiatrie, avec les meilleurs spécialistes de Tours et on pouvait amené des dossiers, on pouvait débattre, c'était vachement bien. Mais c'est dommage, les médecins ne peuvent plus se libérer une semaine. Quand par exemple, moi, j'ai fait le DU sur le VIH avec l'expérience, moi, je trouvais ça très intéressant de rebalayer et remettre à jour ses connaissances. Mais moi, je trouve que ça manque ça. Et puis je trouve qu'il y a des domaines où on pourrait retourner à l'hôpital et refaire un stage, aller dans un service d'endocrino voir des nouveautés, comment ils manipulent certaines choses, aller en cardio. Moi je trouverais ça très intéressant, moi j'irais.

SC - Avez-vous une connexion internet sur votre lieu d'exercice ?

M10 - Oui.

SC - Un haut-débit ?

M10 - Oui.

SC - Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision, en avez-vous une définition ?

M10 - Oui, je connais. Pour moi ça peut être un outil un petit peu technique disons, pour préciser un diagnostic ou pour prendre une décision de mise sous traitement ou non. Par exemple avec les antidépresseurs, avec les échelles.

Euh, ça peut être des fois un aspect un peu médico-légal, par exemple si on prend aussi le thème de la dépression, on peut être amené à nous demander un jour s'il y a un problème, euh, est-ce que la personne était réellement dépressive, est-ce que vous avez vraiment fait une échelle.

Voilà, quoi, de justifier sa décision, sa démarche. On va de plus en plus vers ça.

Je trouve pas ça toujours, heureux, mais c'est aussi important, parce qu'il y a parfois des décisions que l'on prend et qui sont un petit peu empiriques, « pifométriques ». Donc c'est plutôt pas mal de s'appuyer de temps en temps sur quelque chose d'un peu plus rigoureux. Les choses deviennent de plus en plus précises, que ce soit dans le diabète, dans beaucoup de pathologies. Il y a des choses qui sont beaucoup plus précises qu'auparavant, bon, bah, il faut s'y mettre.

C'est pas facile, ça nous bouscule, ça prend du temps, mais aussi ça a quand même l'avantage de préciser les choses.

SC - Quels sont ceux que vous utilisez dans votre quotidien en consultation ?

M10 - Bah, euh, l'échelle de Hamilton pour la dépression, les échelles d'anxiété. J'ai aussi pour les anticoagulants, pour le risque hémorragique, euh, là j'utilise l'échelle pour les fibrillations auriculaires, le CHADS. Après c'est, euh, les régimes, c'est aussi par exemple sur le diabète, les « guidelines ».

SC - Les recommandations officielles, vous voulez-dire ?

M10 - Oui, avec tous les bilans à faire et la périodicité, donc voilà, des choses comme ça.

SC - Vous parliez d'internet, quels sites utilisez-vous ?

M10 - Le CRAT, qui est le centre de référence pour les risques tératogènes et puis pour les voyages, j'utilise euh... santé-voyages, euh je sais plus comment il s'appelle le site, (*il cherche sur son ordinateur*), mais je sais pas qu'est ce qui fait ça.

SC - Vous les avez répertoriés dans vos favoris ?

M10 - Certains, pas beaucoup hein, je suis pas une bête de l'informatique.

Voilà, j'utilise astrium.com pour les voyages, voilà c'est ça. Après, j'ai des documents à donner au patient pour la grossesse, je les ai trouvés sur internet, les recommandations pour la listériose, la toxo'. Et puis pour les anticoagulants, pour certains régimes, des choses comme ça.

Pour les interactions, j'ai la base Claude Bernard dans mon logiciel. Mais pour le reste, je trouve que globalement les logiciels sont pourris, parce qu'il n'y a pas assez d'alarmes. Moi, par exemple, sur mon logiciel, je suis obligé, pour le pavé santé publique, prévention, c'est un truc que j'ai créé moi et que je suis obligé de rajouter manuellement. Il n'y a rien pour le contrôle des vaccins, c'est à moi de le faire quoi.

Mais c'est quand même incroyable que ce soit pas prévu à l'origine, ça veut bien dire que ce ne sont pas des médecins qui ont fait ça, quoi.

SC - Avez-vous des freins à l'utilisation d'outils d'aide à la décision ?

M10 - Ah, bah oui, forcément.

D'abord, on les connaît pas tous et loin de là. Je crois qu'au cours des formations, on devrait effectivement aborder ces choses-là, pour voir les plus utiles, les plus pratiques à utiliser. Bon, il y a aussi l'échelle que j'utilise pour évaluer le risque cardiovasculaire, mais ça on prend la trouver sur internet très vite.

Oui, je crois qu'on devrait, à l'occasion des formations, les aborder ces outils, moi j'ai rarement vu, dans les formations que j'ai faites, on a rarement abordé ces choses là. Parce qu'il faut aussi les dompter, parce que la première fois, quand on les utilise, on n'est pas forcément à l'aise, après ça va très vite.

J'avais utilisé aussi une échelle, quand on délivre des certificats sportifs, c'est une feuille qu'on donne au patient et qu'ils remplissent dans la salle d'attente. J'avais trouvé ça sur le site de la médecine du sport. C'est une espèce d'autoévaluation.

Après il y a des trucs, moi, je fais ça parfois pendant un moment et puis j'arrête.

SC - Pourquoi ?

M10 - Parce que j'oublie et c'est vrai que pour se remotiver, moi j'ai tendance à travailler par centre d'intérêts. De temps en temps, il y a un truc qu'on place à l'écart pour s'intéresser un peu plus à autre chose. Je ne suis probablement pas très cartésien avec des trucs très rigoureux.

Et puis je crois qu'il y a foison de trucs et de machins, avec des trucs un peu anecdotiques et je pense qu'on a quand même envie que ce soit validé par la profession, et tout au moins, par les médecins généralistes, que ce soit pratique, vraiment utile et que ce soit prouvé. Alors qu'on a des tas de trucs qui traînent sur internet, « tartenpion » qu'a fait son truc dans son coin. C'est pas toujours facile de savoir quelle est l'utilité de tout quoi, parce que quand on voit toutes les applications pour les smartphones, on en a des milliers.

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ? Si oui pourquoi ?

M10 - Oui, mais je serais pas capable de vous dire des noms. Effectivement, j'ai entendu parler de choses mais d'abord on peut pas tout utiliser. Et puis on est d'une génération où on nous a pas formé avec ça, alors je sais pas si les nouvelles générations sont formées avec ces outils.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M10 - Le CRAT, je crois que je l'ai connu dans les lectures de *Prescrire* et tout ça, je crois que j'ai lu ça dans les revues. Ca, c'est vraiment utile, c'est vraiment bien je trouve, je l'utilise tout le temps, je le donne même aux femmes enceintes, je leur donne le site pour qu'elles aillent le consulter, vaut mieux. Je leur dis moi, si vous avez un doute, et qu'elles veulent prendre n'importe quoi, même du doliprane moi je sais pas, parce qu'après, elles nous appellent pour tout des fois, et pour pas grand-chose. C'est un truc qui est accessible au public.

SC - Donc plus le bouche à oreilles...

Oui c'est plus le bouche à oreilles et parfois dans certaines formations, il y a des spécialistes et des collègues qui nous donnent leurs astuces alors on va voir aussi, et puis les revues.

SC - Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes en avez-vous de leur utilisation pour votre pratique quotidienne ?

M10 - Ah ben, qu'ils soient simples, pas trop envahissants quand même, qu'on n'y passe pas deux heures et puis qu'on soit à peu près sûr qu'ils nous apportent quelque chose et que ce soit validé.

Et puis de s'appuyer sur des consensus, parce que si, en plus, on est dans le domaine du gadget sur des trucs pas fiables ni sensibles, ni spécifiques, c'est pas la peine.

SC - La gratuité des outils, est-ce un élément important pour vous ?

M10 - Non, s'il fallait que je paye je m'en fiche, si c'est vraiment un truc intéressant il n'y a pas de souci.

SC - Quels sont les besoins dans votre pratique auxquels ces outils pourraient répondre ?

M10 - Bah, là j'ai un peu de mal à répondre, euh... C'est un appui, enfin, euh, je crois qu'il y a des domaines où franchement les prises de décision sont un peu « pifométriques ».

C'est un peu empirique la façon dont on fonctionnait. Je parlais tout à l'heure de l'échelle pour la mise aux anticoagulants, je pense que c'est pas mal quand même parce qu'avant c'était un peu, euh, bon...

Ceci dit, il ne faut quand même pas perdre de vue qu'il faut quand même coupler ces outils à la connaissance qu'on a de la personne qui est en face de soit. Parce qu'on peut prendre une personne de 80 ans, il y en aura une en parfaite santé et une incapable de gérer un traitement anticoagulant, voilà quoi. Les échelles ne prennent pas toutes les composantes non plus en compte, c'est la personne idéale souvent qu'ils nous décrivent. Donc effectivement il y a des personnes qui seront jamais capables de gérer un AVK, bon, si on peut faire intervenir une infirmière ça va, mais il y a certaines fois où on va prendre des risques énormes. Voilà je pense qu'il ne faut pas que l'outil se substitue au médecin, c'est complémentaire. Je pense qu'il faut vraiment que médecin garde la main et mette en balance la connaissance qu'il a de la personne, de son environnement, de ses capacités.

C'est ça la spécificité de notre métier, c'est la force qu'on a, c'est qu'on connaît les gens, leur environnement, leur entourage et qu'on est le seul à savoir ça. C'est notre grande force.

Et puis aussi, quand on prend le bilan d'un diabétique ou d'un cardiaque, il y a des bilans réguliers à faire et les outils peuvent nous permettre de les faire régulièrement. Ça remet un peu de rigueur et de régularité dans les choses. Mais ça dépend de la personnalité des médecins, il y en a qui sont très pointilleux et d'autres très laxistes donc on a de tout. Moi dans mon cas, je sais que ça m'aide à baliser un peu les choses dans le suivi.

SC - Quelles reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M10 - Si on prend par exemple le MMS, moi, je trouve ça un peu long. Je suis un peu perplexe d'ailleurs devant cet outil. Moi, j'ai tendance à faire les tests quand ils ne veulent vraiment pas aller consulter ailleurs, mais en principe, j'essaie d'adresser à des orthophonistes qui font un bilan beaucoup plus complet avec dépression et tout ça, ça me semble plus intéressant.

Surtout quand les gens viennent nous voir parce qu'ils ont de petits problèmes, « ah docteur j'oublie », et bien souvent le MMS il est normal et en fait ils démarrent déjà quelque chose. Ils le disent bien maintenant, dans la littérature, que les troubles cognitifs ont démarré souvent six ou sept ans avant que le MMS commence à être perturbé. Je pense que cette période où les gens commencent à percevoir qu'il y a des petits trucs, c'est là qu'on peut sûrement les aider, faire un peu de rééducation. C'est sûrement là qu'ils sont le plus aptes à améliorer leurs performances cognitives que quand on commence à avoir des troubles quantifiables, en tous cas moi j'ai vraiment l'impression.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M10 - Bah, c'est comme pour les consensus, il faudrait qu'il soit fiable, reproductible, faisable par les gens, qu'il m'apporte quelque chose et pas trop chronophage (rires).

SC - L'entretien se termine, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ? Des sujets que l'on aurait pu aborder lors de l'entretien ?

M10 - Euh, non, moi, j'avais lu une revue qui s'appelle *Evidence Based Medicine*. j'ai arrêté finalement, j'étais pas très... euh. Je trouve que c'est un peu dangereux de tout standardiser. Je crois qu'il faut bien garder à l'esprit que ce sont des outils d'aide, et que ça doit pas être des outils qui remplacent le médecin, je trouve que ça, c'est dangereux. Euh, c'est une unité d'aide à la constitution d'un diagnostic éventuellement ou à la surveillance d'un patient ça me paraît intéressant, mais je pense que ça ne doit pas se substituer au médecin, le danger ce serait d'aller vers ça. Et quand on voit l'évidence based medicine, je trouve qu'on va un peu loin dans ce ... où on délègue notre décision à des choses très techniques moi je trouve ça dangereux et je trouve pas ça bien pour le patient, parce qu'il faut quand même être capable d'adapter les choses aux possibilités, aux gens quoi. On soigne des gens, on soigne pas des protocoles, quoi.

Je pense quand même que ça remet un peu de rigueur dans la profession, qui en avait sûrement manqué pendant un bon moment, mais il faut pas non plus que l'outil, que ce soit lui qui commande ! Je pense que le médecin doit garder son esprit critique et son adaptabilité en tout cas à la personne, voilà quoi.

Moi je connais quelques collègues qui sont très directifs, parce que le problème après, c'est que ces outils deviennent directifs. Il faut pas qu'on retourne là-dedans avec les outils. Il faut que les outils restent à leur place et que le médecin, euh, soit dans l'échange de connaissance avec le patient, dans l'éducation avec la personne, que la personne s'approprie sa maladie et sache se débrouiller. Et je trouve que l'outil pourrait être un prétexte à revenir à nos défauts d'il y a trente ans c'est-à-dire : vous avez ça, on vous donne ça. Mais ça risque, ça peut le devenir, donc l'outil doit rester à sa place. Donc je pense qu'effectivement que, quand on utilise un outil, il faut savoir, la première chose c'est de se dire, à quoi, il sert, quelle va être sa place dans mon quotidien et qu'il ne prenne pas la place du médecin.

SC - Quelle est votre année de naissance ?

M11 - 1953.

SC - En quelle année avez-vous passé votre thèse ?

M11 - Euh... 1979.

SC - Quelle est votre année d'installation ?

M11 - 1982, il y aura 30 ans à la fin du mois de juin.

SC - Comment qualifieriez-vous votre activité d'exercice ?

M11 - Extrêmement varié, ça te convient comme réponse ?

SC - Si vous pouviez préciser...

M11 - On est rural sans discussion, en association avec une patientèle très variée, ça va de 0 à 99 ans, sans spécificité particulière avec probablement un exercice plus, euh, un peu plus complet que dans les villes comme Orléans je pense.

Je vais aussi dans une maison de retraite qui comporte, euh... 45 lits, où je soigne la moitié puisque mon associé soigne l'autre moitié, plus un ou deux patients suivis par des médecins extérieurs parce que c'étaient leurs médecins auparavant, donc grosso modo, ça me fait 20 personnes à la maison de retraite.

SC - Et vous en êtes médecin coordinateur ?

M11 - Non, j'ai refusé.

SC - Avez-vous une spécialité d'exercice ? Une spécialisation ?

M11 - Je n'ai pas de spécialisation.

J'ai une petite spécificité, je suis médecin expert pour les tutelles. Ce qui, pour se rendre compte du temps que ça me prend dans mon exercice au cabinet, j'ai deux créneaux par semaine, pour 2 personnes par semaine et actuellement, je ne les remplis pas. C'est 2 créneaux d'une demi heure par semaine et ensuite, je fais le travail sur ma journée de congé qui est le mercredi, donc ça représente très peu de chose.

Euh, sinon je fais plus de dermatologie que la moyenne des médecins par goût et formation. Je suis un petit peu plus formé que les confrères sur la dermatologie. Je n'ai pas fait de DU mais j'ai fait beaucoup de consultation de dermato parce que ça me plaisait, parce que je voulais me former et je pensais que c'était important en médecine générale. C'est pour ça que j'ai une bombonne de CO2 et que j'utilise de la neige carbonique, je suis capable de faire des biopsies et d'enlever des petites choses. Je fais de la petite dermatologie, de la toute petite.

SC - Etes-vous adhérent ou participant à une association de formation médicale continue ?

M11 - Je ne compte plus les associations dont je fais partie (*sourire*).

Je fais partie de l'association de formation médicale continue sur Gien, je fais partie d'un groupe qualité sur Gien, je suis secrétaire de l'UNAFORMEC Centre et je fais partie du réseau diabète Diabolo.

SC - Quelles sont vos sources de formation et d'information ?

M11 - Pour la formation, c'est l'UNAFORMEC, l'association de formation médicale continue de Gien, le groupe qualité, *Prescrire*, euh...

Pour l'information j'ai lu *Le Monde* pendant très longtemps (*rires*), puis j'ai arrêté l'abonnement par agacement devant l'incompétence administrative du journal *Le Monde*.

Et la qualité a un petit peu baissé à mon avis.

Sinon je lis *le Quotidien du Médecin*, que je reçois gratuitement et qui me sert à mon information, et je lis les revues comme *le Généraliste* que je reçois gratuitement et que je prends aussi comme de l'information et non pas de la formation.

SC - De l'information, par rapport à quoi ?

M11 - Bah, sur le plan syndical, politique, sur le plan de la recherche, mais aussi médical mais je prends ça avec des pincettes.

Je ne reçois pas les visiteurs médicaux.

SC - Les soirées labo ?

M11 - J'y vais si ça va être bon et qu'on m'invite parce que j'aime bien manger (*sourire*).

Alors, j'ai ma petite éthique personnelle qui est discutable, c'est-à-dire que si je suis invité avec un expert entre guillemets, qu'il m'intéresse de connaître, éventuellement j'y vais pour le connaître parce que ça permet quelquefois de rencontrer des spécialistes dont on a envie de savoir ce qu'ils ont dans la caboche, on est souvent un peu déçu. Soit c'est un nouveau médicament qui vient de sortir et que le laboratoire souhaite me présenter, je me dis que libre à lui de me présenter son médicament...

SC - Et libre à vous de le prescrire...

M11 - Tout à fait, et puis autre possibilité, un laboratoire qui fabrique un médicament que je prescris parce que je le trouve intéressant, et si par hasard, il veut perdre son argent en m'invitant à déjeuner et que le conférencier m'intéresse, j'y vais.

Si c'est un médicament que je ne prescrirais jamais et qu'il est déjà sorti, je considère éthiquement impossible d'aller déjeuner avec ces gens-là. J'essaie d'avoir ma petite morale, bon, c'est discutable.

SC - En dehors de ça ?

M11 - Je lis *Médecine*, le *JIM*, journal international de médecine qui m'envoie un lien, je n'ai pas payé mais j'ai un peu tort, je devrais payer, parce quand on paie on a des droits à des petits services supplémentaires, comme de retrouver les articles.

Ca c'est bien, je te conseille, évidemment comme toujours c'est à prendre avec des pincettes parce que c'est payé un peu par la pub. Donc je trie les articles en fonction de ce qui m'intéresse, ce qui touche mon exercice. Comme veille scientifique, c'est intéressant, ça prend très peu de temps et quand il n'y a rien qui m'intéresse, je l'efface et puis basta. C'est un peu comme Bibliomed, c'est des trucs un peu courts, synthétiques avec toujours l'arrière-pensée que c'est des trucs financés par les laboratoires, premièrement, puis deuxièmement, c'est un médecin journaliste qui a fait un résumé de l'article princeps donc il n'a pas forcément un regard très critique par rapport aux choses. Donc disons qu'il faut être capable d'analyser si on prend ça pour argent comptant ou pas et évidemment ça dépend du thème.

SC - D'autres inscriptions ?

M11 - Je reçois *Egora* que je n'ouvre jamais parce que je ne suis pas sûr que ça ait une grande valeur.

SC - Avez-vous une connexion internet haut débit sur votre lieu d'exercice ?

M11 - Oui, c'est haut débit mais j'ai cru comprendre que c'était un petit haut débit parce que quand je vais sur le

site de la sécurité sociale, on me dit ah bah oui, c'est long vous.

SC - Connaissez-vous la notion d'outil d'aide à la décision.

Si oui, quelle en est votre définition ?

M11 - Et ben, je sais pas très bien (*réflexion*).

Pour moi, pour le moment quelles sont les aides que j'ai ? J'ai ma propre base de données, je fais F5 et je l'ai, mais encore faut il se souvenir qu'on l'a, j'ai appelé ça Bizeau-soft, c'est quoi, c'est des trucs que j'ai inscrits au fur et à mesure de mes lectures. Bon, ça représente pas énormément de choses, ça correspond au petit calepin qu'avaient les médecins avant, mais le problème c'est de se souvenir qu'on les a.

Sinon j'ai un deuxième truc, c'est un vieux vieux logiciel, créé par un médecin qui s'appelle Linda, dans lequel j'ai des petits trucs, comme des tests, l'échelle d'Epworth. Ça va parce que je sais qu'il est là.

Je me sers aussi de la topographie sensitive radulaire et tronculaire, donc pour moi ça m'aide beaucoup. Donc c'est plutôt un pense-bête, est-ce que c'est un outil d'aide à la décision ? Bah, ça aide, donc oui.

Ensuite il y a le Vidal, je m'en suis pas mal servi de la fonction Vidal Recos, qu'il faut prendre aussi avec des pin-cettes parce que c'est du revu et corrigé et donc ça dépend qui l'a fait. Mais bon, ce sont des aides mémoires qui aident.

J'ai un deuxième niveau de pense-bêtes qui sont des macro-commandes que je me suis faites, par exemple les critères de la National Headache Society pour les migraines, j'en ai une sur les critères d'ostéodensitométrie et puis j'utilise beaucoup les critères pour les attaques de panique et de temps en temps je marque la référence où je les ai trouvés, mais ça date du temps où je lisais la *Revue du Praticien*, ce que je ne fais plus.

En fait, moi, ça m'aide parce que par exemple, pour les critères d'attaque de panique, c'est en fonction de ça que je traite les gens. Donc premièrement, il faut être sûr de son coup et deuxièmement, il faut les convaincre qu'ils ne sont pas déprimés et qu'on leur donne quand même un antidépresseur, c'est pas si évident que ça ! Et éventuellement j'ouvre le Vidal devant eux et je leur lis l'indication : dépression et attaque de panique, c'est pas la même maladie mais c'est le même médicament qui traite les deux. Donc ça, ça fait partie des pense-bêtes très utilisés.

Pour moi aussi les outils d'aide à la décision, ce sont les recommandations des hautes autorités de santé, pour moi le site de l'HAS et de l'AFSSAPS sont des catastrophes donc je les utilise quelques fois en consultation mais je m'énerve à chaque fois, et c'est très mauvais pour ma santé (*sourire*).

Euh... c'est en ce sens d'ailleurs que Vidal Recos c'est pas si mal, mais s'il n'y avait pas Vidal devant, ce serait tout aussi bien, parce que Vidal m'énerve aussi. Il y a beaucoup de choses qui m'énervent.

Qu'est ce qu'il y a d'autres ?

Ah bah, internet aussi, le CRAT par exemple, bah, c'est une évidence. Toute femme enceinte que je vois en début de grossesse, je leur écris sur un papier CRAT en leur disant vous avez un souci vous allez là et quelques fois je leur montre même. Bon il ne faudrait jamais dire toute femme enceinte mais dès que j'y pense ça fait partie de

mes réflexes parce que quand je les vois en début de grossesse je lance la mécanique, je leur parle toujours de l'allaitement, est ce que vous voulez allaiter et je leur parle du CRAT.

J'ai aussi un truc qui s'appelle Docpatient et j'utilise beaucoup la recommandation de la fièvre chez l'enfant, que je distribue aux patients, mais bon, c'est pas vraiment un outil d'aide à la décision strict au sensu.

Et puis j'utilise aussi le guide des antibiotiques en pratique quotidienne, (*qu'il me montre*), ça c'est la région Centre qui a fait ça. Quand je l'ai lu, j'ai trouvé plein de critiques, mais cela étant, c'est pratique, et curieusement ça pourrait être informatisé facilement et que si j'avais 250 livrets comme ça ça me ferait suer, mais c'est vrai que les antibiotiques c'est une pratique relativement courante, même si on n'en prescrit pas beaucoup et qu'on ne peut pas se souvenir de toutes les indications et c'est vrai que ce serait plus logique si on avait un truc facile. Je crois que c'est quasiment le seul bouquin que j'utilise et ça prend 30 secondes.

Mais je crois que maintenant il y a un truc qui est sorti c'est Antibioclic, mais ça je ne l'utilise pas.

SC - Avez-vous des freins à l'utilisation des outils ?

M11 - Oui.

Les freins c'est la rapidité pour accéder à l'information. Et comme tu as remarqué que c'est un peu le bordel dans mon ordinateur et que les informations je les ai à plusieurs endroits, il faut se souvenir de où on les a mises pour pouvoir y accéder rapidement.

Alors quand il s'agit de l'outil des attaques de panique que j'utilise depuis 20 ou 25 ans et dont je dirais que je ne peux pas me passer parce que je trouve que c'est une pathologie essentielle qui est relativement fréquente et où on rend relativement service aux gens parce qu'au lieu de bouffer des benzodiazépines pendant des mois et des mois et de paniquer à l'idée d'être paniqué. Et bien en dégonflant la baudruche on leur rend énormément service. Les outils sont un peu à différents endroits et puis ce qu'il y a aussi c'est que quand on est un vieux médecin comme moi, on a eu des outils divers et variés qu'on a mis à différents endroits et puis à un moment donné peut être qu'il faudrait s'asseoir et tout regrouper au même endroit.

SC - Des sites internet ?

M11 - J'utilise Orphanet, quelque fois je vais sur le Cismef. En fait voilà, comment je pratique, je mets des mots les plus médicaux possibles, qui ne sont pas utilisés par le commun des mortels pour essayer de court-circuiter Doc-tissimo. Ensuite je regarde le nom des sites et j'essaie de trouver quelque chose qui fait universitaire et sérieux. Parce qu'en réalité dans les outils d'aide à la décision, il y a différentes situations, il y a le truc universitaire, basique, la maladie de Gaucher, je me souviens plus du tout ce que c'est, donc dans les premiers trucs on tombe sur Orphanet et on sait qu'on va avoir quelque chose de lisible, sinon on tombe sur l'Université de Grenoble, ils sont assez bons et il y a plein de cours. Donc quand j'ai besoin de me rappeler rapidement ce que c'est, voilà donc j'utilise ça pour me remettre les choses en tête, donc ça c'est basique.

Mais on est à la recherche d'un outil unificateur, et je pense que Vidal Recos dans sa forme, dans son efficacité pour trouver quelque chose est vachement bien. Si on

pouvait avoir un outil de ce type là, qui ne soit pas *Vidal* ce serait très très bien.

A la fois en terme d'antibiotique, c'est assez simple d'avoir un arbre décisionnel mais quelque fois en simplifiant la recommandation on dénature et on en extrait ce qu'on veut.

Le problème, c'est que quand on est généraliste et tout seul, on est sa propre réflexion, donc parfois l'interprétation c'est difficile et subjectif et il y a toujours des moyens de simplifier la médecine. Donc j'ai peur parfois, que les outils simplifient un peu trop la médecine.

SC - Connaissez-vous d'autres outils d'aide à la décision que vous n'utilisez pas en consultation ?

M11 - Oui euh, Bazuriap et aussi Antibioclic dont j'ai entendu parlé mais que je n'utilise pas.

SC - Et pourquoi ?

M11 - Par paresse intellectuelle, il faut mettre le pied à l'étrier.

Par exemple, quand j'ai reçu le guide sur les antibiotiques, je l'ai lu, ça ne me plaisait pas, il y avait plein de trucs qui m'ont énervé et puis j'ai fini par l'utiliser parce que les défauts que j'y ai trouvés sont relativement minimes et pour ma manière de l'utiliser c'est pas gênant.

Y a un autre truc que je commence à peine à utiliser, c'est le site de *Prescrire*, parce que longtemps j'ai eu du mal à accéder à ce site parce qu'il faut trouver l'identifiant le machin, le bidule mais maintenant je n'ai plus de difficultés. Et puis dans *Prescrire* il y a des fiches pour les patients donc ça ça m'intéresse d'y aller.

SC - Comment avez-vous connu ces outils ?

M11 - Bah, c'est beaucoup des choses internet. Mais moi je suis informatisé au cabinet depuis... 1993, je crois, donc ça va faire 20 ans et j'ai un peu connu l'évolution de l'informatique.

Et puis aussi par le site des médecins informatisés où il y a des petits logiciels pour les médecins regroupés par Bernardin je crois.

Et puis j'ai fait des formations où j'étais soit organisateur, soit formateur et je crois bien que je n'ai jamais été participant (*rires*) mais j'y glanais ces informations.

SC - Pourquoi utilisez-vous ces outils et quelles attentes avez-vous de leur utilisation ?

M11 - Parce que j'ai une petite tête (*sourire*).

Et puis pour moi cette évolution de la médecine vers la médecine basée sur les preuves, pour moi, c'est du miel. Je suis de cette génération où euh... chaque mandarin... affirmait avec force des choses qui se révélaient fausses deux ans plus tard. On savait plus où était la vérité, qu'est ce qui tenait la route ou non, pour moi c'était ultra pénible cette médecine, comment dire euh, cette cuisine, pour moi c'était horrible, je n'aimais pas du tout. Donc de pouvoir pratiquer une médecine basée sur des recommandations euh officielles même si on peut les critiquer, même si elles manquent quelque fois de solidité, etc, c'est quand même un confort d'exercice.

Les outils m'aident aussi à cerner un problème. J'ai besoin de conforter ma décision par exemple et de conforter le malade avec des échelles, comme pour l'attaque de panique.

SC - La gratuité des outils est-elle un élément déterminant à leur utilisation ?

M11 - Essentiel !

SC - Mais Prescrire est payant ?

M11 - Non, *Prescrire* est ultra payant et ultra cher, mais je suis sans doute un peu radin.

Disons que je n'aurais jamais payé *Vidal Recos* parce que je n'aurais jamais payé *Vidal*, c'est à dire les laboratoires pharmaceutiques. Mais si *Prescrire* par exemple ou l'Unafarmec mettaient à disposition un outil vraiment pratique et payant, je paierais bien sûr.

SC - Quels reproches ou améliorations apporteriez-vous aux outils que vous utilisez ?

M11 - Ce qu'il faudrait, c'est pouvoir tout concentrer et indexer au même endroit pour pouvoir y avoir accès rapidement.

Par exemple pour trouver certaines échelles, je ne les ai pas toutes dans l'ordinateur, parfois j'ai utilisé le dernier modèle papier donc le jour où j'en ai besoin, je suis embêté. Alors que si j'avais un moteur de recherche dans mon ordinateur qui me retrouve directement ce que je recherche, ça irait plus vite et ce serait formidable.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M11 - L'idéal ce serait de mettre toute la documentation qui nous est utile en consultation dans une vaste corbeille, une « *drop box* » et il suffirait de taper un mot pour retrouver ce qu'on cherche. Donc quand on fait une formation sur je ne sais pas quoi, ce serait de la jeter dans la corbeille, parce qu'on sait que quand on va taper le mot, ce sera digéré et il va sortir.

Moi je suis pas très doué pour ce genre de chose, j'ai beaucoup de mal à ranger et ça se voit autour de moi (*sourire*).

Et donc de pouvoir jeter toutes les informations que je recueille, parce que finalement au cours d'une année on recueille beaucoup d'informations, le problème pour nous c'est de les retrouver. Donc déjà un outil qui permette ça, ce serait très intéressant.

Alors après il y a les outils d'aide à la décision, *stricto sensu*, genre peut être Bazuriap. C'est j'ai une angine streptococcique, chez une femme enceinte, noire, allergique à la pénicilline, je veux faire « *gling* » et qu'il me tombe Rovamycine !

Ca se serait le véritable outil d'aide à la décision : je rentre toutes les données, les symptômes et ça sort la décision. On pourrait imaginer : adénopathies oui, non, *gling*, *gling*, *gling* et le résultat à la fin, mais je sais pas si ce serait rentable, si c'est faisable, si ça existe, ni quels sont les moyens les plus pratiques pour ça.

Mais les outils d'aide à la décision sont appelés à mon sens à se développer et je pense que tu as totalement raison de faire ta thèse là-dessus. Les pense-bêtes, les trucs, l'utilisation de l'informatique dans cette optique, c'est très intéressant et puis on peut même imaginer que des médecins ayant la même philosophie puissent mettre facilement en commun ces données-là.

SC - L'entretien se termine, avez-vous des choses à ajouter ?

M11 - Non.

SC - Quelle est ton année de naissance ?

M12 - 1970

SC - En quelle année as-tu passé ta thèse ?

M12 - 2003

SC - Quelle est ton année d'installation ?

M12 - 2006

SC - Comment qualifierais-tu ton type d'exercice ?

M12 - Plutôt urbain, en association, à mi temps, et c'est important.

SC - As-tu une spécialité d'exercice ? Une spécialisation ?

M12 - Non.

SC - Et dans ta patientèle ?

M12 - Moi non, je fais de tout, pédiatrie, gériatrie, gynéco, les certificats pour le sport...

SC - Tu es médecin du sport ?

M12 - Non, je ne fais pas d'ECG, ça fait trop longtemps que je n'en fais pas. J'en ai fait un l'autre jour, en fait j'ai essayé d'en lire un l'autre jour chez un jeune, mais je me suis dit qu'il avait été mal fait (*rires*).

Je ne me suis pas lancé là-dedans mais peut être qu'un jour...

SC - Es-tu adhérente ou participante à une association de formation médicale continue ?

M12 - Euh oui, puisqu'à chaque fois que tu fais une formation, il faut que tu y adhères. Là j'ai du entre autre adhérer à Tamari06 et puis je sais plus, ça doit être l'AFMG.

J'ai fait pendant deux jours un séminaire sur les examens complémentaires, quelles indications et tout ça et on a tout fait. On est passé de l'urologie, à la pédiatrie, au scan cérébral.

SC - Quelles sont tes sources de formation et d'information ?

M12 - Les séminaires et puis quand j'ai une question, je m'étais abonnée et puis maintenant je n'ai même plus d'abonnement, je ne l'ai même pas renouvelé, j'envoie un mail à la bibliothèque de l'hôpital de la Source. C'est ma patiente et puis c'est devenue une amie, donc dès que je veux des articles sur les dernières recommandations de l'orchi-épididymite, parce que je l'ai demandé, ou la carence martiale chez l'enfant, et ben elle va chercher sur internet sur tous leurs trucs, toutes leurs revues et j'ai au moins 5, 6 articles par sujet.

Et puis c'est bien parce qu'en plus elle m'envoie ça le lendemain et en plus elle m'envoie les archives de pédiatrie, donc elle m'a abonnée et je regarde les sujets qui m'intéressent et puis après, je lui demande qu'elle me les envoie par mail. Mais je ne les lis pas tous toujours.

Et puis les séminaires, mais là je m'y remets. Je m'étais décidée à en faire deux par an, mais il faut que je me force, parce qu'avant j'en faisais un peu plus quand j'étais remplaçante, mais maintenant que je me suis installée, j'ai arrêté un peu.

Par contre je fais les formations le soir de cardio avec Ecole, tu sais les formations des cardios du Baron, ça j'y vais à chaque fois.

Et puis des trucs de labo, qui sont des fois des formations bien intéressantes avec un spécialiste du coin.

Ca m'a permis de rencontrer des spécialistes et puis après pour communiquer c'est beaucoup plus facile.

SC - Des revues ?

M12 - Je me suis réabonnée un an à *Prescrire*, puis je me suis dit il faut, il faut, il faut, et puis j'en lisais un sur deux et encore donc j'ai laissé tombé. Et puis là ça fait six mois que je me dis, il faut que je me réabonne, en plus ils me relancent tout le temps et euh pfeuh... Je voulais qu'avec Evelyne (*son associée*) on le fasse à deux, et puis qu'on se motive et qu'on se dise tiens il faudrait que tu le lises et tout, mais... *Prescrire* c'est très bien, mais il y a trop de truc sur la chimio, trop de trucs sur les hôpitaux. Il y a beaucoup d'articles qui ne m'intéressent pas sur toutes les nouvelles molécules dans les chimiothérapies ou même les antibiothérapies qu'on utilise à l'hôpital. Et puis il y a eu quelques articles où je trouvais qu'ils étaient un peu trop durs avec les nouvelles molécules. Mais bon, je pense que c'est une bonne analyse critique.

J'ai été abonnée pendant euh, je sais pas combien d'années, peut-être dix ans, à *la Revue du Prat, monographie et Médecine Générale* et j'ai toutes les monographies depuis au moins cinq ans et j'ai arrêté il y a deux ans parce que *la Revue du Prat Médecine Générale*, je lisais un article sur deux et puis j'entassais, j'entassais, j'entassais. J'ai entassé de la revue médicale !

Par contre, tout ce qui est *Quotidien du Médecin* qu'on reçoit, c'est rare. Je le lis quand il y a les FMC pratiques, et puis bon, pas toujours non plus.

Je ne prends pas le temps, manque de temps. Mais bon, mon truc qui me guide c'est que dès que j'ai un sujet où je suis bancal, hop, bibliothèque de l'hôpital.

SC - Et des sites ?

M12 - Non, j'ai jamais été capable d'aller sur internet. Ah si, je vais sur Wikipédia (*rires*).

Mais après il faudrait être abonnée et je sais pas du tout ça. Ca m'intéresserait mais je sais pas s'il faut être abonnée, mais je pense que ça doit être comme ça que ça fonctionne.

Mais bon, j'ai tout ça avec l'hôpital parce qu'elle m'envoie aussi bien des articles de *Prescrire*, que des articles d'*EMC*. J'ai été abonnée à *l'EMC* papier mais il y a longtemps, je les ai encore mais ils datent de 2000 ou 2001. Donc je vais rechercher dedans de temps en temps, moins maintenant parce que je sais qu'ils sont un peu obsolètes et qu'il y a la possibilité de demander à ma copine, c'est quand même plus cool.

Et là je viens de me mettre sur mon téléphone un truc, soi-disant avec toutes les dernières recommandations. C'est DRC DREFC, c'est une application i-phone et dessus tu as toutes les dernières recommandations sur différents sujets.

SC - Et qui fait ça ?

M12 - J'en sais rien. Mais c'est une espèce de répertoire avec toutes les pathologies et les référentiels qui s'y rattachent. Mais je trouve pas ça pratique du tout, parce que le peu de fois où j'y suis allée, j'ai pas trouvé ce que je voulais et puis je l'ai pas encore exploité on va dire.

SC - D'autres applications ?

M12 - J'ai Medcalc avec tous les scores médicaux dedans. Je l'utilisais temps en temps surtout au début (*rires*) mais ça m'arrive quand même. Et puis alors j'ai la BCB, ça en vis-à-vis c'est utile, si t'as une molécule dont tu te souviens plus de la posologie, que ce soit par la DCI ou par le nom,

même en consult' c'est rattaché à notre logiciel. Mais ça c'est génial.

Et puis j'en ai une dernière qui s'appelle arrêt cardiaque qui permet de repérer tous les défibrillateurs autour de l'endroit où on se trouve.

SC - As-tu une connexion internet haut débit sur ton lieu d'exercice ?

M12 - Oui et puis une aussi sur mon portable.

SC - Connais-tu la notion d'outil d'aide à la décision. Si oui, quelle en est ta définition ?

M12 - Pour moi c'est quand on a un diagnostic ou un traitement à faire, c'est les dernières recommandations éditées, reconnues, voilà.

Et puis les échelles, les scores aussi je pense que c'en est mais je les utilise pas tant que ça les scores. J'ai remarqué que pour le tabac je l'utilise jamais, ah si je fais gaffe au CHADS pour la FA mais ça c'est pour les cardio mais quand je vois que c'est pour mes patients, j'ai eu le cas une fois d'une de mes patientes qui avait fait une poussée de FA, qui avait été hospitalisée et qui était sortie sans Previscan, ça m'avait un peu embêtée. Alors j'avais fait le calcul et je m'étais dit ah non, non, non, donc j'avais rappelé le cardio qui m'avait dit ah oui il faut bien du Previscan, voilà des choses comme ça.

Parce que pour le tabac, je me dis des fois qu'il faudrait que je le fasse pour que ce soit plus rigoureux, mais je prends pas le temps quoi.

Ah si j'ai un outil c'est le streptotest.

Et puis j'ai une connexion internet et je vais sur ce qui m'aide beaucoup pour tous les voyages, c'est le site Pasteur de Lille ou de je sais plus d'où et là j'ai une petite icône pour me connecter directement. Donc je tape le pays et il me sort toutes les reco' des vaccins et le traitement antipalu avec la classe.

SC - D'autres sites ?

M12 - Euh, oui le CRAT. J'y vais quand j'ai un médicament pour les femmes enceintes mais je vais aussi sur le Vidal, mais ils sont un peu plus sévères que le CRAT, donc bon après je choisis entre les deux (rire). Et puis ça m'arrive quand une femme a pris un médicament, qu'elle est enceinte et qu'elle est angoissée, donc pour la rassurer je vais là-dessus.

Et puis je vais comme le commun des mortels voir sur internet et là, le seul site que j'ai en référence où je suis sûre qu'ils racontent pas trop de conneries c'est Wikipédia. Mais là c'est pour me remémorer les bases. L'autre fois j'avais une atteinte du nerf sciatique poplité externe, je l'ai retrouvé dans la clinique et pour me rassurer je suis allée sur Wikipédia : nerf sciatique poplité externe, j'ai vu quel muscle il innervait et cætera et cætera. Quand t'as un patient qui arrive au dernier moment, prend un rendez-vous en urgence, un jeune de 24 ans qui marche bizarrement, mais je le connais pas, et ça fait une semaine qu'il a un steppage. Il s'est réveillé sans rien faire un dimanche matin avec ça et il vient en consult' le jeudi soir, voilà. Et il a fallu que je me fâche pour qu'il aille faire un scanner en urgence le lendemain midi. Et il avait aucune douleur rien du tout, j'avais tous les reflexes. Et là c'est vrai que je suis allée rapidement me remémorer le truc parce que j'avais un gros coup de stress on va dire. Parce qu'à 24 ans, quelqu'un qui se met à stepper et puis c'était bien installé. Donc tu fais bien l'examen neuro et tu recherches des

troubles sphinctériens et tout et tout. Donc voilà c'est plutôt des trucs de base.

SC - Et d'autres choses sur internet ?

M12 - Non, je vais juste sur Wikipédia parce que j'ai toujours peur de tomber sur des trucs pas fiables. Ah si, parfois, ça m'arrive de tomber sur des sujets de thèse donc là je vais voir ou des trucs de fac mais j'ai moins confiance.

SC - As-tu des freins à l'utilisation des outils ?

M12 - Les freins c'est le temps en consultation. Par exemple si j'avais l'échelle de Fagerström pendant ma consult' tabaco je l'utiliserais mais je suis pas assez douée en informatique pour arriver à la mettre dans l'ordi.

Tiens, je regarde (*elle regarde dans Medcalc*), bah tu vois y a pas l'échelle, après je crois qu'il y a une deuxième application payante avec plus de trucs. Mais tu vois si je savais utiliser plus l'informatique, je pourrais le faire. Mais tu vois c'est un copain qui m'a aidée à mettre en petite icône le site Pasteur de Lille. C'est génial parce que j'ai confiance. Mais si j'avais les échelles, si j'avais tout sur mon PC, ce serait plus facile.

SC - Et sur papier ?

M12 - Si je les ai mais, pfeu... il faudrait que j'ai tout sous la main, et je suis sûre qu'en plus il y a en a qui traînent au bureau quelque part.

Donc oui la disponibilité et puis aussi une habitude, parce que je discute beaucoup, par exemple pour le tabac je discute beaucoup sur le conditionnement, savoir comment ils fument, mais de savoir combien de paquets ils fument, bah, je le demande vite fait la quantité mais je m'attache plus à passer du temps pour leur monter à changer leur comportement plus que de dire il faut se patcher. C'est plus un mode de vie qui doit changer autour de la cigarette mais ça ça avait été dit pendant une soirée sur le tabac.

Sinon j'ai quand même comme outil d'aide à la décision, j'ai toujours les bouquins, moi j'ai toujours mon Pilly. Il est pas tout jeune, mais le dernier que j'ai acheté je le trouvais beaucoup moins bien que les autres donc j'ai gardé mon vieux. Le Pilly, ça je l'ouvre souvent, parfois en consult'. Alors j'ai quelques atlas de dermato, ils sont pas tout jeunes non plus, mais c'est pas mal aussi parce que de toute façon ça change pas trop en tous cas sur les photos. Parce que des fois ça m'est déjà arrivé en consult' de voir des trucs et puis de regarder si ça ressemblait à quelque chose sur les photos.

Donc oui, les bouquins, ça j'en ai.

Et puis il faut que je teste l'outil et que je vois d'où il vient, que j'ai confiance. C'est pour ça que sur internet euh... Et puis tous les médecins peuvent s'abonner à la bibliothèque médicale du CHRO et c'est dérisoire l'abonnement et après tu peux avoir tous les articles que tu veux.

SC - Connais-tu d'autres outils d'aide à la décision que tu n'utilises pas en consultation ?

M12 - Bah, euh...

SC - Prescrire dont tu parlais ?

M12 - Oui, je pense que c'est un bon outil d'aide à la décision mais qui prend du temps, après pour les autres, non je vois pas.

SC - Par exemple les alarmes des logiciels informatiques ?

M12 - Ca je sais pas faire, c'est dommage. Alors dans mes consult' sur la première page, tu sais il y a une conclusion, alors là je mets toujours frottis en telle année. Donc quand

je fais un renouvellement de pilule, je regarde toujours dans le dossier où j'ai mis la date du dernier frottis.

Après pour les vaccins chez les enfants, il y a le carnet de santé, donc ça, y a pas de problème mais chez les adultes j'aimerais savoir utiliser les rappels mais je sais pas le faire. Il faudrait que je refasse une formation sur mon logiciel, j'en ai fait une seule, mais tu vois il faut aller à Paris, alors...

SC - C'est quoi ton logiciel ?

M12 - Mediclick et il est pas génial, il est pas intuitif. Mais on hésitait avec Axisanté mais il était encore plus cher, parce que ça vaut une fortune. Déjà tu payes je crois 1500 euros par personne pour pouvoir rentrer dedans, et puis après ça doit être 100 euros par mois sans la maintenance, avec les mises à jour mais si t'es pas un pro c'est infaisable. Donc du coup tous les médecins que je connaisse ils payent en plus une maintenance pour avoir quelqu'un qui vienne.

Enfin je te dis moi j'avais fait une enquête, bon ça date de 2006, mais c'était pour savoir lesquels étaient les mieux représentés, les plus accessibles : ça restait Axisanté et Médiclick. Parce qu'en plus ils parlaient à un moment donné chez Mediclic de faire disparaître tous les autres logiciels de Cegedim, de faire disparaître tous les petits logiciels qui sont utilisés par peu de médecin. Donc j'avais fait gaffe, c'est pour ça que mon choix ça avait été Axisanté.

Donc j'avais fait le tri, j'avais lu partout et les deux qui semblaient les plus complets ça restait ceux-là. Mais bon, celui qu'on a choisi ça restait le moins cher à l'achat et à l'entretien et puis t'as la base de donnée médicamenteuse qui est mise à jour tous les mois. Mais bon, 100 euros le CD tous les mois ça reste cher quand même.

SC - Comment as-tu connu ces outils ?

M12 - Alors euh... Ceux de mon i-phone c'était pendant mes formations, les quatre. Puisque arrêt cardiaque et Medcalc c'est quand j'ai fait ma formation sur « Les urgences médicales, que faire en attendant le Samu. »

Et la BCB, et DRC DREFC bah c'était pendant mon autre formation de Tamari O6 où il y a un autre médecin d'Orléans qui a tout, tout, tout, des fiches, des machins, des trucs et qui m'a donné tout ça.

SC - Pourquoi utilises-tu ces outils et quelles attentes as-tu de leur utilisation ?

M12 - Bah, d'avoir une décision de traitement, c'est surtout beaucoup les traitements, de toute façon on soigne ! Pour me rassurer parfois sur la clinique avec Wikipédia, mais bon, c'est pas souvent.

Après c'est aussi... j'avais une jeune femme, tient je pense à ça, qui avait une hypercalciurie, et donc j'ai demandé à la bibliothèque de l'hôpital qu'elle m'envoie tout sur l'hypercalciurie idiopathique pour savoir quoi faire, les risques à long terme au niveau de l'ostéoporose et des trucs comme ça.

Donc pour essayer de rien oublier après je relis et puis aussi pour savoir quoi faire parce qu'elle supportait pas le diurétique qui lui tournait la tête. Donc on l'a arrêté 3 mois et puis c'était reparti donc quand je l'ai revue, entre temps j'avais bien relu pour savoir s'il fallait vraiment lui donner parce que le spé' lui avait prescrit et donc je lui ai dit que oui il fallait bien le reprendre.

Donc oui c'est pour réévaluer et revoir un truc que je ne suis pas habituée à gérer.

Et puis j'ai aussi un copain médecin que j'appelle deux, trois fois par semaine pour échanger, parce que des doutes j'en ai tout le temps et je ne supporte pas de rester dans le flou, dans l'interrogation.

Et puis moi, j'ai mon associée, tous les soirs on se parle et ça c'est bien, parce que tiens, j'ai vu ça, ça, ça, t'en penses quoi, tu ferais quoi.

Et puis j'ai des spé' que j'appelle en cardio, en endoc pour avoir des avis. Parce que j'ai eu 2 hyperparathyroïdies, j'ai découvert une acromégalie donc je l'ai appelée. Mais même des spécialistes que je ne connais pas particulièrement, je les appelle. L'autre jour j'ai eu un patient qui avait fait un trauma sonore, je me souvenais qu'il fallait mettre sous cortisone, donc j'ai appelé l'ORL pour avoir la confirmation et aussi pour qu'il puisse le voir deux, trois jours après. Moi j'appelle beaucoup.

Je me sers beaucoup aussi du Vidal qui est sur mon bureau, même si j'ai la BCB que je trouve pas aussi complète, bah je vérifie, j'y passe du temps, quoi.

SC - La gratuité des outils est-elle un élément déterminant à leur utilisation ?

M12 - Euh oui, oui, parce que je trouve qu'on paye déjà tellement !

Tu vois là, j'ai pas hésité sur l'application Medcalc quand on m'a dit elle est payante, mais bon, après c'était 5 euros donc ça va.

Mais c'est hallucinant quand t'es médecin, quand tu veux un truc que ce soit du matériel médical ou quoi que ce soit... tout de suite c'est hors de prix. Alors après il faudrait savoir, ils veulent qu'on soit tous informatisés, qu'on ait tous des machins, des trucs mais après il faut qu'on paye tout. Après tu verras quand t'es installée, quand tu fais le compte tu verras ça fait halluciner ce qui reste par mois, mon mari me dit que c'est scandaleux qu'on est mal payé par rapport à ce qu'on fait, c'est honteux. Mon associé me dit, je préfère même pas calculer ce qui me reste après mes charges, quand je vois ce que je fais, le temps que j'y passe, ce qu'on nous demande et les responsabilités qu'on a, l'implication qu'on a...

Donc ce serait bien que ce soit un peu moins cher et donc moins lourd pour nous.

SC - Quels reproches ou améliorations apporterais-tu aux outils que tu utilises ?

M12 - Les améliorations ce serait que ce soit mieux organisé, que je m'organise mieux sur mon PC, que j'y passe la moitié de mes vacances, que je fasse des formations sur mon logiciel, pour pouvoir faire des alertes et l'utiliser de façon optimale, parce que là je perds du temps en plus.

Bon après les limites c'est que c'est général et nous on travaille au cas, par cas. T'as un patient en face, donc même si tu remplis des cases, des fois ça déborde un peu, et puis tu te dis que c'est pas toujours adapté à ton patient.

SC - Qu'attendriez-vous d'un outil idéal ?

M12 - Pour moi, ce serait quelque chose de facile d'accès, pas trop cher (*sourire*) et puis certifié quoi.

SC - Par qui ?

M12 - Bah, validé par l'HAS ça me donnerait confiance. Bon après si il y a l'EMC, les Archives de pédiatrie, si ça vient de Prescrire, là oui je fais confiance, par contre si ça vient du Quotidien du Médecin je fais pas tellement confiance parce que je me dis que ça peut être biaisé par la

publicité pharmaceutique, il y a des conflits d'intérêts. Mais bon, maintenant je pense qu'ils sont en train d'épurer tout ça. Parce que quand tu vois qu'au moins une fois par semaine presque, tu reçois un fax d'alerte sur un

médicament, une restriction... Donc ils sont en train de faire du nettoyage.

SC - L'entretien se termine, as-tu des choses à ajouter ?

M12 - Non, bah non, mais c'est intéressant ton truc.

8. ABBREVIATIONS

AFML : Association pour la formation des médecins libéraux
AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
AHRQ : US agency for healthcare, research and quality
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AMPEL 28 : Association médicale de perfectionnement d'Eure-et-Loir
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
BCB : Banque Claude Bernard
BEH: Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CEN : Collège des enseignants de neurologie
CES : certificat d'études supérieures
CISMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française
CNRS : Centre nationale de la recherche scientifique
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
DCI : Dénomination commune internationale
CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes
DPC : Développement professionnel continu
DRC : dictionnaire des résultats de consultation
DReFC : Diffusion des Recommandations Francophone en Consultation de médecine générale
DU : Diplôme universitaire
EBM : Evidence Based Medicine
EHPAD : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
EMC : Elsevier Masson Consulte
ENC : Examen national classant
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC : Formation Médicale Continue
GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : hypertension artérielle
IMC : indice de masse corporelle
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS : Institut national de veille sanitaire
JIM : Journal international de médecine
LAD : logiciel d'aide à la décision
MeSH : Medical Subject Headings
MG : médecin généraliste
NICE : UK National Institute for Health and Clinical Excellence
OAD : outil d'aide à la décision
OMS : Organisation mondiale de la santé

SADM : système d'aide à la décision

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SSMG : Société scientifique de médecine générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 21 juin 2013**

Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

CORPEL Stéphanie

Thèse n°

166 pages - 10 tableaux - 4 figures - 1 logigramme

Résumé :

Lors de mon stage ambulatoire en médecine générale, j'ai découvert la notion d'outil d'aide à la décision et les bénéfices ressentis lors de leur utilisation en consultation. Plusieurs études ont démontré une amélioration des pratiques médicales par leur emploi, aussi bien dans l'accès aux données actuelles de la science en temps réel (pendant la consultation) que dans le partage de la décision avec le patient.

Deux enquêtes ont été effectuées afin de faire un état des lieux et lister les outils français et francophones développés par les structures de médecine générale. Ces deux travaux ont été présentés lors des congrès de Médecine Générale en 2010 et 2011 à Nice.

Une enquête qualitative a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes du Loiret, afin de définir leur connaissance des outils d'aide à la décision médicale, leurs pratiques (utilisation, mode de découverte, confiance, acceptabilité de leur emploi...) et leurs attentes.

Cette thèse a mis en évidence chez les professionnels de santé une amélioration certaine de leur exercice médical par l'utilisation des outils, mais également un isolement des généralistes quant à leur prise de décision. Les origines de leur désarroi sont multiples : les lacunes dans la formation initiale et continue, la méconnaissance des sites ressources et surtout une crise de confiance dans les informations délivrées par les autorités de santé.

A l'issue de cette thèse, mon intention est de créer une banque de données, travail collaboratif sous l'égide d'une structure officielle telle que le Collège de Médecine Générale. L'objectif en est la centralisation et la mutualisation dans un portail des outils d'aide à la décision validés par une autorité.

Mots clés : Banque de données – Décision médicale – Décision partagée – Enquête qualitative – Information – Médecine Générale – Outil d'aide à la décision.

Jury :

Président : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Membres : **Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Monsieur le Docteur Eric DRAHI

Date de la soutenance : 21 juin 2013