

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 28 octobre 2020

Par Martin MOREAU

Né le 3 juillet 1988 à MAUBEUGE (59)

INFLUENCE DU RECOURS AUX RESSOURCES EXTERNES PENDANT LA CONSULTATION SUR LA RELATION MEDECIN- PATIENT

Thèse dirigée par Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. le Professeur Daniel BUCHON, Professeur émérite

M. le Professeur Didier TSALA EFFA, PU-Sémiotique et Communication

Mme le Docteur Agnès-Marie BAUDVIN-MINIER



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 28 octobre 2020

Par Martin MOREAU

Né le 3 juillet 1988 à MAUBEUGE (59)

INFLUENCE DU RECOURS AUX RESSOURCES EXTERNES PENDANT LA CONSULTATION SUR LA RELATION MEDECIN- PATIENT

Thèse dirigée par Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. le Professeur Daniel BUCHON, Professeur émérite

M. le Professeur Didier TSALA EFFA, PU-Sémiotique et Communication

Mme le Docteur Agnès-Marie BAUDVIN-MINIER



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

VIROT Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

*A Maman,
Que je sois en mesure d'exercer la médecine comme toi.*

Soignez vos interactions et vos valeurs suivront
Maxime Rovere

Remerciements

A **Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER**. Merci de m'avoir accompagné au cours de ce travail et tout au long de mon internat. Soyez assurée de ma reconnaissance pour la présidence de ce jury et votre qualité de maitre de stage.

A **M. le Professeur Daniel BUCHON**. J'ai eu l'honneur de commencer la médecine générale à vos côtés et je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

A **M. le Professeur Didier TSALA EFFA**. Vous avez accepté avec enthousiasme de siéger dans ce jury, soyez certain de ma sincère gratitude.

A **Mme le Docteur Agnès-Marie BAUDVIN-MINIER**. Merci de me faire le plaisir de compléter le jury. J'ai grâce à vous la certitude que la médecine que j'aime est praticable dans votre « belle Corrèze ». Je vous suis très reconnaissant.

A mes parents, frères et sœurs et leurs enfants. Faute de place, je me contenterai de vous remercier pour votre soutien pendant ces années d'études. A de (trop) rares exceptions près, vous vous êtes appliqués à me plonger dans les situations cliniques les plus improbables. Vous pouvez arrêter maintenant.

A mes beaux-parents et ma belle-sœur. Merci d'avoir agrandi ma famille et d'ajouter des moments de partage indispensables à notre équilibre.

A mes amis de toujours, qui se reconnaîtront, qui me rappellent tous les jours qu'il n'y a pas que le *Clair de Lune* qui est exceptionnel à Maubeuge.

A mes amis de la faculté de Lille, notamment ceux avec qui j'ai eu la chance de pouvoir travailler ma (ou mes) première année. Je sais à quel point je dois vous être reconnaissant. Merci encore.

A ceux avec qui j'ai traversé les difficiles années d'externat. Merci aux *Streetards* et aux indébouillonnables bouillonnais, notamment mes colocataires. Vous m'avez permis de prolonger le plaisir d'étudier la médecine...et me permettez de vivre des moments uniques en vacances.

Aux *Gonz*, merci de m'avoir ouvert les yeux sur des passions improbables et le poids des années ! A très vite pour de nouvelles aventures.

Aux Limougeaudois, qui, n'en déplaise à ma regrettée grand-mère, m'ont montré autre chose que la porcelaine. Comme je le dis souvent, je suis arrivé avec les pieds de plomb et reste avec des potes en or.

Aux *Minous Gaillards*, véritable emblème de l'internat Corrèzien. Je vous considère un peu responsable de m'avoir arraché au plat pays qui est le mien mais également de me sentir si bien à Brive. A ceux qui sont restés, que la route continue ainsi. Pour les autres, que vous vous épanouissiez tous.

Au club de foot de Saint-Julien-le-Petit. Merci de m'avoir permis de reprendre le sport que j'aime dans une région de rugby mais aussi pour votre soutien pour cette thèse.

A toutes « les clefs de 12 » et tous les « petit feu » qui ne se seraient pas retrouvés ci-dessus. J'ai eu la chance de croiser votre route, vos interactions m'améliorent.

A tous les participants de l'étude.

A toutes les ressources externes des 4 coins de la France citées plus haut.

Enfin, bien sûr, au CAPPEC dont la confiance m'a permis de rencontrer Sarah, **ma femme**, ce diamant brut. Ta rencontre est ma plus belle réussite. Merci pour tout. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

I. Introduction	22
II. Revue de la littérature	23
II.1. Les ressources externes	23
II.1.1. Les ressources disponibles en consultation.....	23
II.1.2. Les comportements de recherche des médecins.....	25
II.1.3. La singularité d'Internet	25
II.1.3.1. L'évaluation des sites Internet.....	25
II.1.3.2. L'utilisation d'Internet comme ressource externe.....	26
II.2. La relation médecin-patient.....	27
II.2.1. L'évolution de la relation médecin-patient.....	27
II.2.2. L'impact d'Internet.....	28
III. Matériel et méthode.....	31
III.1. Question de recherche.....	31
III.2. Type d'étude	31
III.3. Population d'étude	31
III.4. Mode de recrutement.....	31
III.5. Le guide d'entretien qualitatif	32
III.6. La fiche de recueil préalable	33
III.7. Déroulement des focus groupes	33
III.8. Retranscription.....	34
III.9. Analyse des données.....	34
IV. Résultats.....	35
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	35
IV.1.1. Données démographiques	35
IV.1.2. Données socioprofessionnelles.....	35
IV.2. Résultats du codage thématique	37
IV.2.1. Les motifs de consultation.....	37
IV.2.1.1. Situations aiguës, premier recours.....	37
IV.2.1.2. Suivi, coordination des soins	37
IV.2.1.3. Soutien psychologique.....	38
IV.2.1.4. Prévention, dépistage	38
IV.2.1.5. Certificats, démarches administratives.....	38
IV.2.2. Les médecins consultés	39
IV.2.2.1. Le médecin généraliste.....	39
IV.2.2.2. Le médecin spécialiste d'organe.....	39
IV.2.2.2.1. Spécialités hors parcours de soin.....	39
IV.2.2.2.2. Spécialistes intégrant le parcours de soin	40
IV.2.2.3. Les médecins hospitaliers.....	40
IV.2.3. Les moyens de mise à jour des connaissances du médecin généraliste	41
IV.2.3.1. Sources d'informations	41
IV.2.3.1.1. La Formation Médicale Continue (FMC)et l'enseignement	41
IV.2.3.1.2. Les échanges entre confrères	41
IV.2.3.1.3. La littérature spécialisée.....	42
IV.2.3.1.4. Les médias.....	42
IV.2.3.1.5. Les visiteurs médicaux (VM)	42

IV.2.3.2. Éléments suggestifs d'auto-formation	43
IV.2.3.2.1. Expérience personnelle.....	43
IV.2.3.2.2. Rigueur et Conscience Professionnelle.....	43
IV.2.3.2.3. Posture et Discours.....	43
IV.2.4. Outils de recherche utilisés pendant la consultation	43
IV.2.4.1. Bibliothèque personnelle.....	44
IV.2.4.2. Presse médicale	44
IV.2.4.3. Internet.....	44
IV.2.4.4. Avis de confrère.....	44
IV.2.4.5. Applications pour smartphone	45
IV.2.5. Vécu du patient concernant la démarche de recherche pendant la consultation	45
IV.2.5.1. L'initiation de la recherche	45
IV.2.5.2. Les sentiments provoqués par la recherche.....	45
IV.2.5.2.1. Démarche liée au métier	45
IV.2.5.2.2. Perception négative	46
IV.2.5.2.3. Perception positive.....	46
IV.2.5.3. Les conséquences de la recherche	46
IV.2.5.3.1. Intérêts pour le médecin.....	47
IV.2.5.3.2. Impacts sur le patient	47
IV.2.6. Vécu du patient concernant le comportement de recherche du médecin.....	48
IV.2.6.1. Vécu en fonction du médecin.....	48
IV.2.6.1.1. Attitude lors de la recherche.....	48
IV.2.6.1.2. Objet de la recherche	48
IV.2.6.2. Vécu en fonction du patient	48
IV.2.6.3. Vécu en fonction des supports de recherche	49
IV.2.6.3.1. Fiabilité du support.....	49
IV.2.6.3.2. Cohérence générationnelle du support.....	50
IV.2.6.3.3. Particularités du smartphone.....	50
V. Discussion	52
V.1. Analyse matricielle.....	52
V.1.1. Les motifs de consultation.....	52
V.1.2. Les médecins consultés.....	54
V.1.3. Les moyens de mise à jour des connaissances du médecin généraliste	54
V.1.4. Outils de recherche utilisés pendant la consultation	55
V.1.5. Vécu du patient concernant la démarche de recherche pendant la consultation	56
V.1.6. Vécu du patient concernant le comportement de recherche du médecin.....	58
V.2. Forces et limites de l'étude	59
V.2.1. Forces de l'étude	59
V.2.1.1. La méthode	59
V.2.1.2. Les participants	60
V.2.1.3. Le contenu.....	60
V.2.2. Limites de l'étude	60
V.2.2.1. Biais de recrutement.....	60
V.2.2.2. Biais de désirabilité.....	61
Conclusion	62
Références bibliographiques	63
Annexes	66

Table des illustrations

Figure 1 : Nombre d'hommes et femmes par tranche d'âge	35
Figure 2 : Nombre d'enfants par participants	36
Figure 3 : Nombre de médecins par tranche de durée d'exercice.....	36

Table des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des points forts et des points faibles de chaque type de source d'information médicale.....	24
Tableau 2 : Motifs de consultation en fonction de l'âge.....	52
Tableau 3 : Motifs de consultation en fonction de la situation socio-professionnelle	53
Tableau 4 : Médecins consultés en fonction de l'âge.....	54
Tableau 5 : Moyens de mise à jour des connaissances selon les patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant	55
Tableau 6 : : Outils de recherche utilisés selon les patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant.....	55
Tableau 7 : Vécu de la démarche du médecin en fonction de l'âge du patient.....	56
Tableau 8 : Opinions défavorables des patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant.....	57
Tableau 9 : Vécu du patient en fonction de son âge	58
Tableau 10 : Ressenti sur l'utilisation du smartphone en fonction de la situation socio-professionnelle	59

I. Introduction

A l'heure actuelle, les ressources externes (ou sources d'informations) sont facilement accessibles pour le professionnel de santé. S'informer sur les nouvelles recommandations thérapeutiques est de plus en plus simple. Ce temps de recherche peut donc être très court et peut faire partie intégrante de la consultation. Il en résulte, a priori, un traitement adapté et un risque de mésusage de médicament réduit.

Cependant, la consultation des sites ou ouvrages de référence en face du patient risquerait d'être mal interprétée par ce dernier et de mettre à défaut la notion de confiance si importante dans la relation médecin-patient(1). D'autant plus, qu'à la différence des manuels médicaux exclusivement réservés au médecin, Internet, du fait de sa vulgarisation, pourrait paraître moins « professionnel ». De fait, les professionnels de santé seraient réticents à l'idée de se référer aux nouvelles recommandations pendant le temps partagé avec le patient et proposeraient une prise en charge moins efficiente.

Notre travail s'inscrit dans la recherche d'un hypothétique impact sur la relation médecin-patient, du recours à des ressources externes par le médecin traitant pendant la consultation. Le fait de consulter, notamment son ordinateur ou son smartphone, pendant la consultation pour rechercher des données pourrait, en effet, altérer cette relation et remettre en cause la démarche d'informations.

L'objectif de cette thèse est donc d'identifier le regard que porte le patient sur le fait que le médecin ait recours à des ressources externes pendant la consultation.

Les objectifs secondaires pourraient être de proposer des stratégies permettant aux médecins de faire accepter cette démarche et de hiérarchiser les sources d'informations selon leur degré d'acceptation par le patient.

II. Revue de la littérature

La curiosité et le doute sont des caractéristiques indispensables du médecin.

La curiosité tout d'abord, va lui permettre d'intégrer les apports de la recherche dans sa pratique. C'est l'ambition de l'Evidence Based Médecine (EBM) dont la définition est « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique pour la prise en charge personnalisée de chaque patient » (2).

Le doute, quant à lui, va le pousser à limiter l'apparition d'erreurs diagnostiques ou thérapeutiques et de prévenir leurs conséquences (3,4). Devant l'étendue et la complexité des diagnostics possibles en médecine générale, l'omnipraticien, acteur principal des soins primaires, est particulièrement confronté à l'incertitude. Il a été démontré que cette dernière pouvait être à l'origine de dépenses de santé et d'hospitalisations non justifiées (5,6), (7,8).

Pour satisfaire ces comportements, le médecin doit donc avoir à disposition des outils, des sources d'informations (ou ressources externes) faciles d'accès notamment en consultation.

II.1. Les ressources externes

II.1.1. Les ressources disponibles en consultation

Depuis la fin du 20^{ème} siècle et la naissance d'Internet, les sources d'informations directement disponibles au cabinet sont les mêmes :

- La bibliothèque personnelle. Elle est constituée de livres tels que les traités de médecine, les bases de données médicamenteuses, les guides thérapeutiques, les référentiels de bonnes pratiques et les ouvrages spécialisés. A ceux-là s'ajoutent les documents de congrès ou de séminaires de Formation Médicale Continue, les notes personnelles et autres « pense-bêtes » ainsi que les documents de visiteurs médicaux.
- La presse médicale, en format papier ou numérique. On distingue les sources primaires qui véhiculent une information originale, communiquée pour la première fois et fondée sur un travail de recherche clinique. Les sources secondaires sont des documents dans lesquels les auteurs ont réalisé une analyse, une synthèse, une explication ou une évaluation d'un sujet sur base de sources primaires à leur disposition. Et, enfin, les sources tertiaires sont une compilation généralement très large de sources secondaires qui fournit une synthèse de leur contenu. La documentation tertiaire permet un accès direct et rapide à une information ponctuelle que l'on recherchera(9).
- Internet qui permet un accès aux sites spécialisés, aux outils de recherche tels que les moteurs de recherche et aux moyens de communication que sont les messageries, les plateformes de discussions instantanées ou les forums.
- Les avis de confrères.

Une étude réalisée en 2008 s'intéressant à chacune de leurs caractéristiques a permis de mettre en évidence leurs atouts et leurs limites qui sont présentées dans le tableau ci-dessous (10) :

Tableau 1 : Synthèse des points forts et des points faibles de chaque type de source d'information médicale

	Internet	Bibliothèque personnelle	Confrères
Accessibilité de l'information	Quasi-illimitée <i>(limitée par sites payants)</i>	Bonne	Faible
Qualité de l'information	Inégale <i>(travail de certification des sites)</i>	Bonne <i>(sous réserve de mises à jour régulières)</i>	Non vérifiable <i>(repose sur la confiance)</i>
Périmètre de l'information	Quasi-Illimité <i>(limité par sites payants)</i>	Limité <i>(problème d'espace et de coût)</i>	Variable <i>(lié à l'étendue du carnet d'adresse)</i>
Mode de recherche	Interactif <i>(difficulté : formulation de la requête)</i>	Limité <i>(table des matières inerte)</i>	Spontané <i>(langage verbal)</i>
Pertinence des réponses	Variable	Variable	Bonne <i>(Questions -réponses précisant le résultat)</i>

A ces sources peuvent s'ajouter aujourd'hui les applications pour smartphone et les réseaux sociaux notamment ceux permettant les échanges entre professionnels de santé. Bien que les applications mobiles soient en plein essor, à ce jour, aucune étude ne les a intégrées dans la démarche de recherche du médecin.

L'échange avec les confrères paraît la ressource externe la plus adaptée mais leur disponibilité et leur domaine de compétence ne peuvent être exhaustifs.

La bibliothèque personnelle a pour principaux points faibles le coût de sa mise à jour et l'espace nécessaire à son stockage.

La presse médicale est une ressource difficilement utilisable en consultation car elle nécessite une analyse afin de la rendre applicable à une situation donnée.

Internet paraît être le mode le plus accessible et qui couvre la plus grande étendue des informations disponibles. Mais la qualité des sites médicaux est encore très inégale ce qui oblige le praticien à développer de nouvelles compétences afin de repérer une information pertinente.

II.1.2. Les comportements de recherche des médecins

Au cours de la consultation, le médecin généraliste doit répondre aux questions posées par le patient en un temps limité de deux minutes en moyenne(11). Pour y répondre, il est souvent nécessaire pour le médecin de compléter ou d'affiner ses connaissances.

En pratique, entre 30 et 56% de ces situations entraînent un comportement de recherche d'informations(12).

Ce comportement sollicite l'ensemble des sources précédemment décrites et est composé de 4 étapes : recherche, sélection, utilisation et apprentissage(13).

Une étude réalisée en 2013 visait à identifier les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes et à mettre en évidence les freins et les difficultés d'accès à une information de qualité. Il semblerait que les médecins n'aient pas de technique de recherche précise, qu'ils cherchent en présence ou non du patient et qu'ils consacrent peu de temps à l'autoformation(14).

Le manque de temps est identifié comme étant la principale contrainte pour mener une recherche d'information efficace(15). D'où le probable intérêt d'Internet qui permet un accès rapide.

Que ce soit sur support papier ou numérique, les sources primaires sont peu utilisées(16). Seules les sources secondaires et tertiaires sont susceptibles d'être utilisables pendant la consultation.

Concernant le doute évoqué en début de paragraphe, une étude de 1999 suggérait que malgré les bénéfices d'une recherche, notamment sur la prise de décision partagée avec le patient, les médecins hésitent à révéler leurs incertitudes à ce dernier(17). La peur de décevoir pourrait donc être un frein à la recherche en présence du patient.

II.1.3. La singularité d'Internet

Cette ressource est présente dans tous les foyers, facile d'accès et avec un nombre d'informations infini. Parmi elles se trouvent les recommandations officielles mais également les croyances et expériences des patients, des études non validées scientifiquement, du bon, du moins bon, du complètement absurde. Dans ce contexte, nombreuses sont les situations où le patient peut apporter un article ou parler d'une information en parfaite contradiction avec ce qui est scientifiquement reconnu. Au-delà de son expérience et de ses connaissances scientifiques, le médecin aujourd'hui doit donc être capable d'effectuer des recherches sur Internet et de distinguer les informations valables des non recevables.

II.1.3.1. L'évaluation des sites Internet

« La diffusion croissante d'informations dans le domaine de la santé par le biais d'Internet a conduit les pouvoirs publics à légiférer ». La loi du 13 août 2004 a confié à la Haute Autorité de Santé(HAS) la mission de certification des sites internet santé(18). C'est la fondation

Health On the Net (HON) qui, à partir 2007, a assuré cette mission pour le compte de la HAS.

La certification, qui s'effectuait à la demande des éditeurs de site, était gratuite et concernait tous les sites internet ou partie de sites diffusant de l'information de santé(19).

Cependant, seule la qualité de la présentation de l'information était mesurée, pas son contenu(20). Cela aurait en effet demandé le travail continu d'un nombre considérable d'experts, vu le nombre de modifications qui seraient à vérifier en permanence. Par ailleurs, plusieurs points de la charte HONcode sont critiquables ou inadaptés aux usages actuels d'Internet et desservent ainsi leur propre cause tout en ne protégeant pas les consommateurs de sites commerciaux sous couvert de désinformation médicale. Face à ces limites, certains sites Web ont décidé de ne plus afficher le logo HON, en expliquant les raisons de ce refus(21).

Jugeant l'HONcode « peu utile pour l'internaute », l'HAS arrête le partenariat et la certification HAS/HON ne peut plus être obtenue depuis le 7 juillet 2013.

L'HAS s'était alors engagée à mettre en place « un nouveau dispositif qualité en matière de sites dédiés à la santé qu'elle entend construire en concertation avec les usagers, les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les éditeurs » courant 2014. Mais bien qu'il existe des institutions qui ont rédigé des guides de bonnes pratiques pour la diffusion médicale informatique (HONCcode et Netscoring notamment) aucun label n'est actuellement officiel(22).

Aujourd'hui encore, aucune étude médicale n'est disponible concernant la qualité de l'information médicale sur le web, y compris sur PubMed qui est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la médecine. Les seules études menées l'ont été sur des sujets médicaux précis.

Le grand public et le professionnel semblent donc livrés à eux même pour s'assurer de la pertinence des informations recueillies sur le Net bien que ces dernières soient de plus en plus présentes au sein du cabinet médical. Comment le professionnel de santé peut-il s'appuyer sur une information médicale issue d'Internet ou, au contraire, comment peut-il réfuter une « fausse » information retenue par un patient ?

Revenir sur la définition d'une information de qualité, déjà appliquée pour les livres et les revues médicaux, semble indispensable : l'information est-elle fiable ? Est-elle valable scientifiquement ? Est-elle pertinente ?

Devant l'impossibilité de contrôler l'ensemble des informations médicales sur Internet et afin de comprendre et interpréter les résultats du progrès médical, Madame Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, a rappelé, dès 2007, la nécessité de mettre en place la Lecture Critique d'Article au sein de la formation du médecin(19). Cette analyse d'article intègre les Épreuves Nationales Classantes depuis 2009. Elle est indispensable à la reconnaissance d'articles scientifiquement valables (notamment ceux destinés au grand public) tant la toile a multiplié les informations et facilité leurs accès. Cependant, on constate que cet outil n'est pas encore parfaitement intégré à la « culture de recherche » lors d'une consultation car le temps d'analyse semble trop long.

II.1.3.2. L'utilisation d'Internet comme ressource externe

En 2016, le CESSIM (Centre d'Études Sur les Supports de l'Information Médicale) montrait que la presse médicale *papier* était encore la source d'information principale mais mettait

également en évidence une augmentation du recours aux sources numériques par les médecins généralistes(24).

Si Internet occupe désormais une place centrale dans la recherche d'informations, une étude qualitative par focus group composés d'internes de médecine générale et de médecins généralistes suggérait que les praticiens n'utilisaient qu'une liste restreinte de sites, bien maîtrisés, permettant l'obtention rapide d'une réponse(25). La fiabilité intervenait peu dans le choix des sites car difficile à évaluer selon les participants. Le niveau de preuve et les références des sources étaient rarement des critères d'évaluation des sites utilisés par les professionnels de santé.

Une enquête descriptive transversale réalisée sur un échantillon aléatoire simple de 100 médecins généralistes en Gironde montrait un important recours aux sites grand public ce qui confirme ce besoin de rapidité d'obtention de l'information(26). Une adaptation des sources de données et le développement d'une « culture de recherche » faciliterait donc le recours à Internet pour l'EBM.

Une revue de la littérature plus récente confirmait que les recherches des médecins sur Internet étaient de plus en plus fréquentes voire pluriquotidiennes mais qu'ils émettaient toujours des doutes sur la pertinence des informations trouvées et sur la fiabilité de leurs sources(27). Les attentes des médecins généralistes étaient fortes. Ils espéraient toujours un outil centralisant les informations nécessaires à leurs pratiques, facilement accessibles, avec un contenu concis, validées dans les sources tertiaires et certaines sources secondaires. Le développement d'applications mobiles, qui optimisent l'utilisation des sites Internet (cf Vidal Mobile[®], AntibioClic[®]), pourrait être un moyen de répondre à ces attentes mais cela implique le recours au smartphone pendant la consultation.

Entre le recours à des sites grand public, qui risque de remettre en cause l'expertise du médecin et le recours potentiel au smartphone pendant la consultation, on peut se poser la question d'un éventuel impact sur la relation médecin-patient.

II.2. La relation médecin-patient

II.2.1. L'évolution de la relation médecin-patient

Les patients les plus jeunes se renseignent davantage sur leur santé modifiant la relation médecin-malade qui, il y a encore peu de temps, reposait sur un modèle paternaliste. Au fil du temps et des générations, la barrière séparant les deux protagonistes a laissé place à un modèle répartissant mieux les rôles : le patient est devenu un réel acteur de sa prise en charge(28). Avec l'accès aux informations, le patient non seulement décide de sa thérapeutique mais peut parfois la proposer en premier. Si cette évolution de la relation a pour bénéfice de renforcer le lien entre le médecin et son patient, elle risque aussi de remettre en cause le savoir du médecin, son expérience et sa crédibilité pourtant indispensable dans une relation de confiance.

Pour le côté positif de cette évolution, de nombreux projets s'efforcent d'intégrer le patient contemporain dans la formation initiale des internes de médecine générale(29). Le « patient expert », grâce à son expertise (car il se forme) et son expérience sur sa pathologie

chronique, devient un médiateur entre le corps médical et le patient en mettant en avant l'aspect social.

Pendant la consultation, les questions des patients se multiplient. Si certaines d'entre elles sont pertinentes, d'autres méritent d'être critiquées. Le *questionnement socratique* pourrait être une technique utile. Elle impose d'écouter très attentivement l'interlocuteur afin de formuler une question constructive qui lui permette de progresser sans le braquer car un nouveau concept de la consultation médicale semble se définir : la réfutation des idées. Pour limiter le risque de propagations d'informations médicales erronées, le médecin aujourd'hui doit aider les autres à apprendre et à développer leur réflexivité mais. Pour cela, le médecin doit lui-même se former afin de pouvoir utiliser efficacement un certain nombre de ressources externes disponibles pendant la consultation. Internet représente une des plus accessibles et rapides de ces dernières. C'est en partie pour cette raison que les travaux étudiant l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient sont si nombreux.

II.2.2. L'impact d'Internet

Dès 2007, devant la consultation de plus en plus fréquente d'informations médicales sur Internet, l'HAS jugeait nécessaire d'établir une revue de la littérature pour tirer les premières conclusions sur les caractéristiques d'un nouveau type de patient, le patient « internaute ». Il s'agirait d'un patient désireux de mieux se prendre en charge et à mieux participer à la prise de décision concernant sa santé(30). Ce rapport de l'HAS a permis d'établir une liste d'hypothèses à l'origine d'innombrables études s'intéressant à l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient. Parmi ces hypothèses, j'en citerai deux : la recherche d'informations sur le Web améliorerait la communication avec le médecin mais pourrait augmenter le temps de consultation ; le professionnel de santé pourrait se sentir concurrencé par les informations issues de la toile et certains patients pourraient en profiter pour changer de médecin traitant.

Quelques années plus tard, l'Ordre National des Médecins ne faisait qu'appuyer ces constats au cours d'un débat : Internet semble modifier « positivement » la relation entre le patient et le praticien mais demande à ce dernier l'acquisition de nouvelles compétences afin de répondre à des questions qui ne sont plus strictement médicales générées par des informations trouvées de qualité très aléatoire(31).

Une nouvelle revue de la littérature de 2012 confirme le sentiment d'un déplacement dans l'équilibre des savoirs/pouvoirs au sein de la consultation(32). L'espoir entretenu est toujours celui d'une relation améliorée par le gain d'informations du patient, donnant tout son sens au consentement éclairé et à la décision partagée. Par contre, d'autres obstacles que la fiabilité de l'information étaient mis en évidence comme l'équité d'accès et les usages commerciaux d'Internet. Les médecins semblaient encore très réticents devant ce qu'ils perçoivent comme une mise en cause de leur légitimité et de nombreux malades, ne sachant pas interpréter les informations récoltées, paraissent comme fragilisés (angoissés par exemple) plutôt que renforcés(33).

C'est donc tout naturellement que des travaux ont tenté d'identifier les facteurs facilitateurs et freinateurs influençant la relation médecin-malade lors de l'évocation par le patient d'informations de santé collectées sur Internet. En 2013, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes charentais suggérait que cela pouvait favoriser la responsabilisation du malade dans son projet de soin par partage du savoir(34). Le sentiment de justification, la remise en question de l'autorité médicale et la perte de temps générée par la multiplication des explications et des échanges autour de ces informations de

santé en ligne étaient les principaux facteurs freinateurs identifiés. Se former à l'Internet santé et à la gestion du patient internaute pour mieux l'orienter sur des sites de santé en ligne fiables et validés sont les moyens identifiés par les médecins de l'étude pour mieux gérer la consultation et la relation médecin-patient internaute.

Quelques mois plus tard, une étude observationnelle descriptive et analytique concernant 1521 individus français non médecins permettait de connaître le point de vue des patients. L'impact d'Internet semblait également plutôt positif et le patient souhaitait effectivement que le médecin endosse une nouvelle fonction d'« éclaireur » sur la toile(35).

La même année, une revue de la littérature québécoise confirme ces transformations de la relation mais ne les attribue pas uniquement à la présence d'Internet. Elles s'inscrivent en effet dans un contexte marqué par l'encadrement plus serré de l'expertise clinique, la progression de la marchandisation de la santé et la sensibilité accrue des acteurs aux risques de maladie(36).

En 2014, une enquête italienne suggérait que le partage d'informations trouvées par le patient sur Internet avec son médecin était motivé par l'existence d'un processus décisionnel partagé au préalable. Autrement dit, il appartiendrait aux deux acteurs de permettre à la e-santé de produire une « double responsabilisation » dans la relation médecin-patient(37).

L'année suivante, une étude qualitative basée sur des questionnaires adressés aux médecins généralistes ainsi qu'aux patients des cabinets de Gironde et des Landes confirme l'influence singulière d'Internet dans la relation médecin-patient. Elle souligne en effet le rôle de confiance majeur que tient toujours le praticien afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique du « patient internaute »(38).

Nous retenons dans une revue de la littérature de 2015, que les professionnels de santé ont un rôle indéniable dans l'éducation des patients à la recherche d'informations médicales sur Internet mais ils doivent y consacrer le temps nécessaire et ont besoin de formation pour guider les citoyens(39).

Ce temps supplémentaire nécessaire pendant la consultation a motivé une équipe espagnole à réaliser une étude afin d'estimer le temps passé par les médecins généralistes sur leurs supports informatiques par rapport à la communication directe avec le patient. En effet, si la prise en compte des informations des patients internautes aboutissait à une réduction des interactions pendant l'entretien médical, une évolution vers une relation déshumanisée serait à craindre. Près de 40% de la consultation a été consacré au système informatique(40). Bien que l'étude ne permette pas d'affirmer que ce temps est excessif, elle suppose l'importance de développer des outils plus adaptés à une utilisation rapide.

Plus en rapport avec notre travail, une étude de 2017 s'est intéressée au vécu des patients quant au partage d'une recherche Internet effectuée pendant la consultation. Elle met en évidence que celle-ci améliore le discours du médecin et renforce la confiance au sein de la relation médecin-patient car elle crée un sentiment de fiabilité de l'information reçue(41). Le point fort de cette utilisation d'Internet pendant la consultation est alors la possibilité d'une réassurance du patient.

De la même façon, une étude australienne contemporaine constatait que les patients ayant déjà consulté Internet (« Dr Google® ») avant de se présenter aux urgences, n'adhéraient pas moins au projet thérapeutique proposé à l'issue de la consultation médicale. Au contraire, la recherche a eu un impact positif sur l'interaction médecin-patient(42). Cela prouvait une

nouvelle fois qu'en s'informant, le patient ne souhaitait pas nécessairement remettre en cause l'expertise du médecin.

Enfin, une très récente publication suggère que la nouvelle collaboration entre les professionnels de santé et leurs patients, profanes présumés de la médecine, était à l'origine de nouvelles bases de connaissances : le vécu et l'expérience des malades et de leur entourage. En effet, les réseaux sociaux, les forums et autres sites Internet sont un nouveau mode d'expression et ont contribué à la reconnaissance de certaines pathologies (comme l'autisme) ou la remise en cause de certaines formes de soins(43). Dans un certain nombre de conditions, on peut donc conclure que les connaissances « profanes » contribuent à accroître les connaissances ne serait-ce que sur les perceptions des problématiques médicales par le grand public.

L'étude de l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient a donc particulièrement intéressé le monde scientifique. La quantité importante de travaux a permis de dresser une nouvelle relation particulièrement forte entre les deux protagonistes. Une bonne collaboration de ces derniers semble responsabiliser davantage le patient dans sa prise en charge thérapeutique. Une telle conséquence mérite que le médecin d'aujourd'hui mette tout en place pour l'obtenir. Pour ce faire, il doit être à l'écoute d'un patient de plus en plus initié à la science médicale et doit acquérir de nouvelles compétences afin de maintenir une confiance dans son expertise. Cela implique évidemment un temps de dialogue supplémentaire au sein d'une consultation déjà bien remplie. Comme l'illustre l'absence de certifications officielles pour les sites de santé, le médecin a des moyens limités pour rendre ce nouveau temps de dialogue optimal. Il doit donc puiser au sein des ressources externes qui lui semblent les plus adaptées à une situation donnée. C'est en constatant le développement d'applications mobiles utilisables en consultation que nous pouvons prendre conscience que la société tend à vouloir aider le professionnel de santé à mettre en place la collaboration avec son patient. Le recours aux ressources externes, notamment le smartphone, pendant la consultation médicale risque cependant de réduire la communication directe avec le patient et pourrait donc dégrader la relation entre les deux acteurs.

Notre étude propose donc de connaître le ressenti des patients dans cette situation. Ce qui a fini par motiver la réalisation de ce travail a été de constater que malgré la menace mondiale de la résistance aux antibiotiques(44), une étude menée en 2012 sur 21 médecins généralistes-maîtres de stage en Alpes Maritimes mettait en évidence une antibiothérapie inappropriée ou inutile dans 83% des cas(45). Ceci est encore bien observable malgré des outils performants rapidement consultables. Le regard que porte le patient sur nos comportements de recherche constitue-t-il le principal frein à cette démarche pendant la consultation ?

III. Matériel et méthode

III.1. Question de recherche

Notre recherche aspirait à savoir si les comportements de recherche en présence du patient pouvaient avoir un impact sur la relation médecin-patient.

L'objectif principal était d'identifier le regard que porte le patient sur le fait que le médecin ait recours à des ressources externes pendant la consultation.

Les objectifs secondaires étaient de proposer des stratégies aux médecins permettant de faire accepter cette démarche et de hiérarchiser les sources d'informations selon leur degré d'acceptation par le patient.

III.2. Type d'étude

Le choix s'est porté sur une étude qualitative en théorisation ancrée, menée par des focus groupes à partir d'un guide d'entretien jusqu'à saturation des données.

Un focus group favorise l'expression des différents points de vue des participants. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe guidé par un modérateur. La discussion reste libre mais focalisée sur le sujet étudié.

Par ailleurs, ce type d'étude ne nécessite pas de randomisation de l'échantillon puisque chaque opinion est intéressante et n'a donc pas vocation à être généralisable. En revanche, nous avons porté une attention particulière à ce que l'échantillon soit le plus diversifié possible.

III.3. Population d'étude

L'étude a été menée auprès d'individus majeurs et volontaires du Limousin. Il n'y avait pas de critère d'exclusion individuel.

III.4. Mode de recrutement

Nous avons rapidement écarté le recrutement au sein des cabinets médicaux car nous redoutions la multiplication des avis sur un même médecin, ce qui risquerait de biaiser les résultats. Il nous fallait toucher une population de patients dans laquelle la probabilité d'avoir le même médecin traitant soit la plus faible possible. La mise à disposition de flyers dans des structures touchant le panel le plus large d'individus s'est donc imposée comme la méthode la plus adaptée. Les flyers renseignaient la date, l'heure, le lieu et le but de ces focus groupes (annexe 2). Ils étaient déposés dans des établissements tels que les clubs de sport, les commerces et les hôpitaux. Les clubs et les commerces étaient préférentiellement choisis en ville afin de recruter des patients des zones urbaines et rurales. Par exemple, une boulangerie d'un village risquait de recruter des patients du seul médecin disponible. Un recrutement au sein d'un village n'était possible que si aucun médecin n'exerçait au sein de la commune. Les flyers ont été également diffusés sur les réseaux sociaux (Facebook). Une adresse mail était indiquée pour que les patients désireux de participer s'inscrivent.

De façon naturelle, les groupes se sont constitués de façon hétérogène en fonction des disponibilités de chacun.

III.5. Le guide d'entretien qualitatif

Ce guide d'entretien était composé de 6 questions ouvertes, courtes et claires (annexe 4). Les questions ouvertes permettent de favoriser les échanges et les interactions. La première d'entre elle est dite « brise-glace » car elle permet de lancer la discussion. Les suivantes sont des relances permettant d'aboutir aux réponses à notre question de recherche.

- 1^{ère} question (« brise-glace ») : *Pourquoi consultez-vous un médecin ?*
- 2^{ème} question : *Qui consultez-vous ?*

Ces deux premières questions ont permis d'identifier les principales problématiques abordées par le patient et d'identifier leur principal interlocuteur.

- 3^{ème} question : *D'après-vous, comment votre médecin généraliste se tient-il au courant des évolutions scientifiques ?*

Afin de correspondre davantage à notre étude, cette question a permis de centrer la discussion sur le médecin traitant et d'identifier les ressources externes que les patients connaissent.

- 4^{ème} question : *Lui arrive-t-il de chercher un renseignement pendant la consultation ? Si oui, comment s'y prend-il ?*

Celle-ci permet d'identifier les comportements de recherche des médecins en présence du patient.

- 5^{ème} question : *Comment interprétez-vous cette recherche pendant la consultation ?*
- 6^{ème} question : *Comment vivez-vous cette démarche pendant la consultation ?*

Ces questions avaient pour but de répondre clairement à l'objectif de notre étude. La première d'entre elle devait permettre d'identifier ce qui motivait le médecin à faire cette démarche et la deuxième de recueillir le ressenti des patients sur cette recherche pendant la consultation.

Dans un souci de compréhension et pour éviter la répétition des réponses, nous avons décidé de les reformuler à l'issue du premier focus group.

- 5^{ème} question *bis* : *Que pensez-vous de cette démarche pendant la consultation ?*

Ainsi posée, la question permettait de réunir, librement, les réponses aux deux anciennes questions. Une nouvelle 6^{ème} question offrait la possibilité d'apporter des éléments de réponses aux objectifs secondaires.

- 6^{ème} question *bis* : *Quelle différence faites-vous entre les ressources utilisées : smartphone, ordinateur de bureau, documents, avis de confrère... ?*

III.6. La fiche de recueil préalable

Nous avons élaboré un questionnaire pour connaître les caractéristiques des participants : genre (homme, femme), âge, profession, lieu d'habitation (commune de plus de 2 000 habitants ou non), genre du médecin traitant, durée d'exercice de ce dernier (annexe 3). Si le participant avait des enfants, il lui était demandé de préciser leur âge.

Ce questionnaire, distribué en début de focus group, respectait la pseudonymisation du Règlement Général sur la Protection des Données.

III.7. Déroulement des focus groupes

L'heure et le lieu de chaque « réunion-débat » étaient fixés dès le début du recrutement pour le groupe en question. La plupart des participants s'étaient inscrits via l'adresse mail fournie sur le flyer et étaient attendus et d'autres ont rejoint la discussion spontanément peu avant la première question.

Les trois focus groupes ont été réalisés dans des endroits différents. Le premier s'est déroulé le 10 janvier 2018 à la faculté de Médecine de Limoges, dans les locaux du Département Universitaire de Médecine Générale. A l'exception d'un, qui s'est inscrit via les réseaux sociaux, les participants ont été recrutés par le « bouche à oreille ». Le deuxième a eu lieu le 9 janvier 2020 en Corrèze, dans la salle d'éducation thérapeutique de l'Unité de Réadaptation Cardiologique Ambulatoire de l'hôpital de Brive-La-Gaillarde. Aucun ne s'est inscrit via les réseaux sociaux. Deux intéressés par le flyer déposé au centre hospitalier et dans certaines pharmacies et boulangeries de la ville ont communiqué par mail. Un seul d'entre eux est finalement venu, le deuxième s'étant trompé sur le jour du focus group. Les autres participants sont venus via le « bouche à oreille ». Le dernier s'est tenu le 2 juillet 2020 de nouveau en Haute-Vienne mais cette fois-ci, en milieu rural, dans la salle des fêtes de la commune de Saint-Julien-le-Petit. L'ensemble des participants ont été prévenus via un flyer déposé lors d'une soirée organisée par le club de football du village.

Les séances ont été réalisées en soirées, à partir de 19h30-20h.

Aux participants s'ajoutaient un modérateur et un observateur qui ont été les mêmes lors des trois réunions, respectivement ma directrice de thèse et moi-même. Chaque soirée s'est déroulée de manière identique.

Chaque focus group débutait par le remplissage de la fiche de recueil par les participants. Après avoir précisé l'importance de la participation de tous, le modérateur animait la séance en s'appuyant sur le guide d'entretien préalablement établi qui était constitué de 6 questions ouvertes. Au fur et à mesure des focus groupes, les questions ont été légèrement reformulées afin de limiter le risque de réponses non exploitables. Il appartenait également au modérateur de recentrer les propos autour du thème si nécessaire et de relancer la discussion si besoin. L'observateur restait attentif au non verbal et à la chronologie des prises de parole de chaque intervenant. Il veillait également à ce que chacun ait donné son avis sur chacun des points soulevés par les questions. Après accord des participants, l'ensemble des échanges était enregistré de façon simultanée à l'aide de trois dictaphones deux sur smartphone et un sur une tablette équipés d'une fonction enregistrement.

III.8. Retranscription

Les discussions préalablement recueillies sur dictaphones sont retranscrites en intégralité, de façon la plus fidèle possible, sans reformulation, sur un logiciel de traitement de texte (*Word*®). Les échanges non verbaux tels que les rires et les hésitations ont également été retranscrits dans la mesure du possible.

III.9. Analyse des données

La retranscription écrite des entretiens anonymes a constitué un verbatim, support de notre analyse (annexe 5).

L'analyse des données a été réalisée via le logiciel *N'Vivo12*® selon trois niveaux de codage : descriptif, thématique, matriciel.

L'analyse descriptive est la première étape. Chaque nouvelle idée génère un code ou « nœud » descriptif. Le logiciel rattache au nœud l'extrait de verbatim sélectionné, l'auteur de l'extrait et le focus group d'origine. Si une idée était citée plusieurs fois, elle était associée au même nœud. Cette phase permet d'extraire toutes les idées évoquées par les participants en lien avec le sujet de recherche. Lorsque l'analyse du verbatim n'identifie pas de nouvelle idée, la saturation des données est atteinte et le recueil des données est terminé.

L'analyse thématique constitue la deuxième étape. Elle consiste à regrouper les codes descriptifs sous forme de thèmes, dans une démarche interprétativiste, pour répondre à la question de recherche. Sept thèmes ont ainsi été créés.

Enfin, le codage matriciel. Il consiste à croiser les données qualitatives avec les caractéristiques sociodémographiques des participants afin d'identifier d'éventuelles typologies de répondants.

IV. Résultats

Au final, le recrutement a permis la réalisation de trois focus groupes, entre janvier 2018 et juillet 2020, réunissant 37 participants.

Le premier focus group a réuni 10 participants et a duré 1 heure et 8 minutes. Le deuxième comptait 11 participants pour une durée totale de 1 heure et 11 minutes. Le dernier focus group a permis de récolter l'avis de 16 participants en 1 heure et 49 minutes.

A l'issue de ces trois « soirées-débat », la saturation des données a été obtenue et le recrutement a été arrêté.

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

IV.1.1. Données démographiques

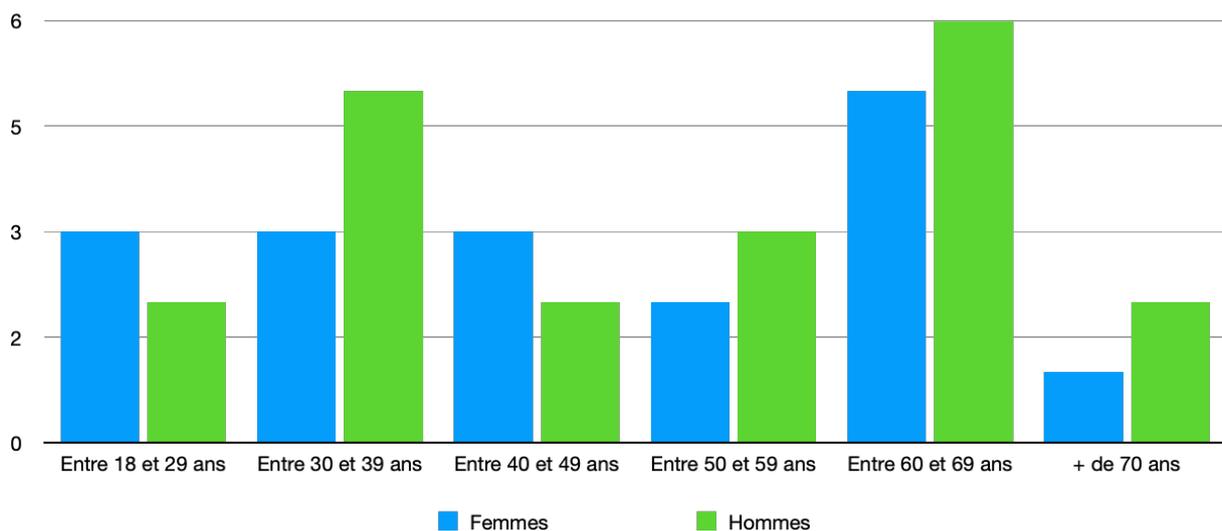


Figure 1 : Nombre d'hommes et femmes par tranche d'âge

On comptait 17 femmes (46%) et 20 hommes (54%) âgés de 26 à 71 ans parmi les 37 participants.

La moyenne d'âge était de 49,35 ans.

Près de 30% de la population avaient entre 60 et 69 ans, équitablement répartis selon le sexe.

Les 18-29, 40-49 et 50-59 ans représentaient chacun 14% des individus. Les 30-39 ans, 20%.

8% de la population avaient plus de 70 ans, majoritairement des hommes.

IV.1.2. Données socioprofessionnelles

La PCS 2003 de l'INSEE a permis de classer les participants dans 7 groupes socioprofessionnels. La population était principalement représentée par les cadres (et professions libérales supérieures) et les retraités qui comptaient chacun 10 individus (soit 27% de l'échantillon). 22% étaient des professions intermédiaires. Les agriculteurs exploitants représentaient 13%, les employés 5 % et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise 3%. Une personne sans activité professionnelle de plus de 60 ans complétait la population.

19 participants (51%) vivaient dans des communes de moins de 2 000 habitants (milieu rural) contre 18 (49%) dans des communes de plus de 2 000 habitants (milieu urbain).

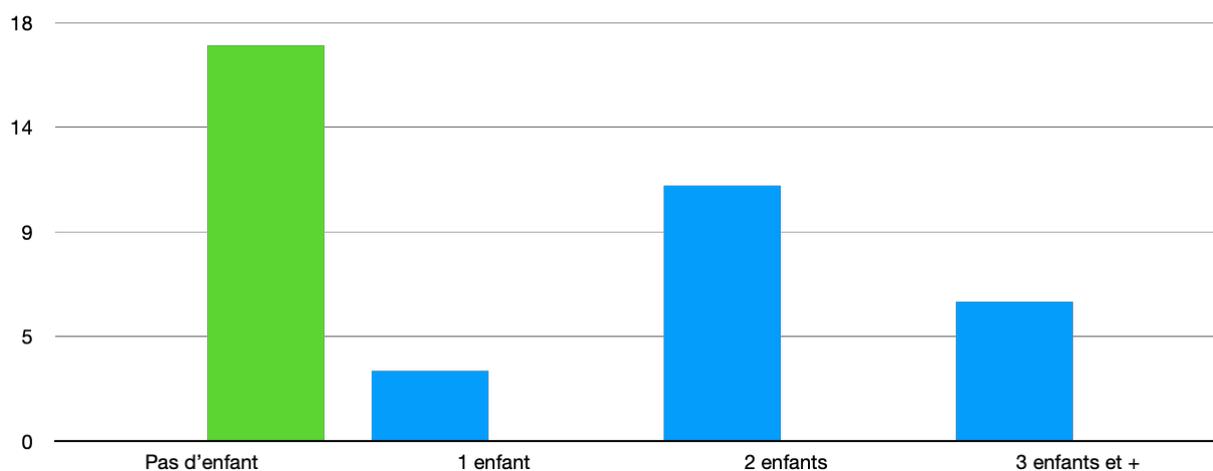


Figure 2 : Nombre d'enfants par participants

54% de l'échantillon avait des enfants, très majoritairement de plus de 18 ans (75%). 3 participants avaient des enfants âgés entre 12 et 17 ans. Enfin, les parents d'enfants entre 6 et 11 ans et de nourrissons ne représentaient que 5% chacun.

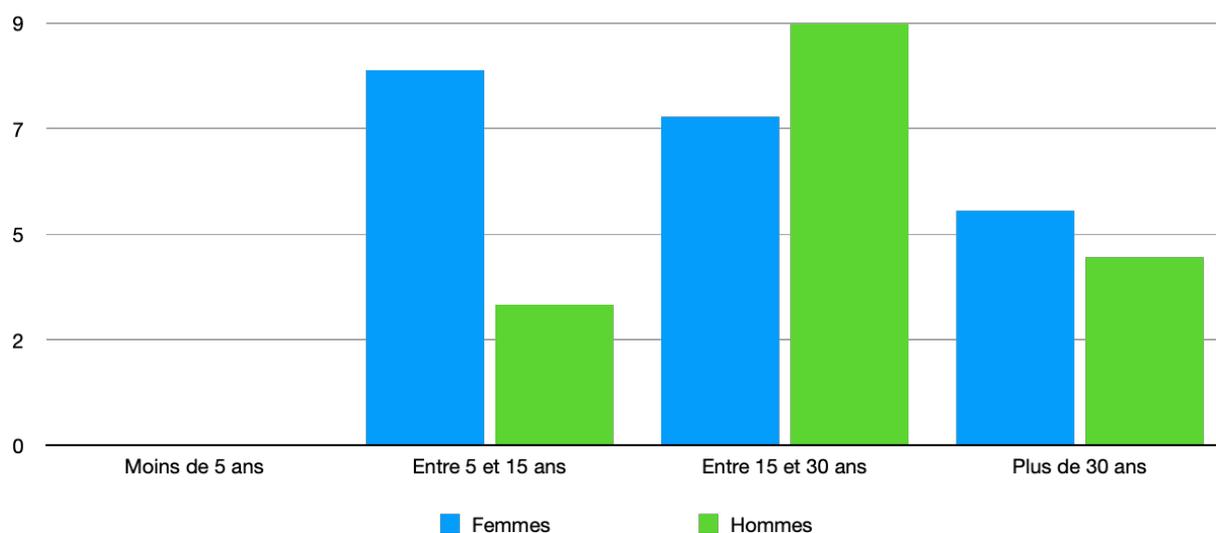


Figure 3 : Nombre de médecins par tranche de durée d'exercice

Les médecins traitants des participants étaient majoritairement des femmes (56%) et exerçaient principalement depuis plus de 15 ans et moins de 30 ans (44%). Ceux qui exerçaient depuis au moins 5 ans mais moins de 15 ans représentaient 31% de l'échantillon contre 25% pour les médecins de plus de 30 ans d'expérience.

A noter qu'un participant a déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

IV.2. Résultats du codage thématique

Au final, 220 idées ont été identifiées et codées. Nous les avons regroupées en six grands thèmes :

- Les motifs de consultations
- Les médecins consultés
- Les moyens de mise à jour des connaissances du médecin généraliste
- Les outils de recherche utilisés pendant la consultation
- Le vécu du patient concernant la démarche de recherche pendant la consultation
- Le vécu du patient concernant le comportement de recherche du médecin

IV.2.1. Les motifs de consultation

Il s'agit du thème comportant un grand nombre de nœuds (76). Il liste les connaissances et aptitudes nécessaires des médecins consultés. Le champ d'action est large et peut se diviser en cinq catégories.

IV.2.1.1. Situations aiguës, premier recours

Les problématiques physiques aiguës sont les motifs les plus spontanément évoqués à la question « pourquoi consultez-vous ? ».

« Moi, c'est quand un symptôme m'inquiète fortement, quand je me sens vraiment fatigué, ou qu'il y a un gros souci, qui est inhabituel en fait » (participant 20)

« Comme je suis un monsieur et qu'on est un peu douillet, dès qu'on a une petite chose qu'on découvre, ça nous amène à nous inquiéter un petit peu et à demander une réponse » (participant 25)

« Je pense aussi qu'on a besoin parfois de consulter en urgence. J'ai un mari spécialiste de blessures en tout genre couteaux, scie... » (participant 5)

Majoritairement, une première consultation a lieu pour orienter vers une prise en charge adaptée.

« Des fois, on a besoin d'un spécialiste mais, au préalable, il faut aller voir le médecin traitant » (participant 4)

« Le médecin, c'est la première personne qu'on va appeler de toute façon » (participant 33)

IV.2.1.2. Suivi, coordination des soins

Le suivi de pathologies chroniques et le renouvellement de traitement est à l'origine de nombreuses consultations.

« Quand on est jeune, c'est vrai, on n'a même pas de médecin traitant, souvent, (...) ça change en vieillissant et puis après, c'est le traitement à renouveler... (participant 3)

« J'ai fait un peu d'hypertension donc je consulte aussi régulièrement pour ça » (participant 11)

« Depuis plusieurs années je crois qu'on dit un diabète « de type 2 », avec un traitement à vie » (participant 29)

La coordination entre plusieurs médecins est également évoquée pour organiser différentes consultations.

« On a trouvé le PSA, qui n'allait pas du tout, et c'est là qu'on rentre dans un cheminement pas agréable du tout et là, on n'a pas envie d'aller voir le docteur mais on voit le docteur puis on voit le chirurgien » (participant 7)

« Pour « faire connaissance » comme il m'a dit, il a prévu une prise de sang et là, on m'a trouvé un problème de fer, (...) donc du coup, spécialiste au CHU une fois par an » (participant 30)

IV.2.1.3. Soutien psychologique

Le rôle de confident est également exprimé. La capacité d'écoute de certains praticiens serait à l'origine d'un suivi régulier.

« Pour mon suivi psychique notamment » (participant 9)

« Quand je consulte un médecin et si j'ai un médecin traitant c'est juste pour avoir un regard extérieur sur ma vie globale que j'ai une pathologie aigue ou un problème perso » (participant 12)

IV.2.1.4. Prévention, dépistage

La prévention, pluridisciplinaire, est largement retrouvée dans les débats. Ces consultations sont étroitement liées aux pathologies liées à l'âge et au genre du patient. La vaccination est évoquée plutôt rarement.

« Je pense que, plus on avance en âge, c'est plus des consultations de suivi, de dépistage » (participant 8)

« Moi ça va être pour les vaccins et puis pour le suivi » (participant 16)

« (pour) les examens qu'on nous propose rapidement comme le dépistage du cancer du côlon, la mammographie... » (participant 35)

IV.2.1.5. Certificats, démarches administratives

Des certificats sont à l'origine de consultations. Pour certains participant, ce sont les seuls motifs d'entretien avec un médecin. Cela semble concernait essentiellement le patient jeune et actif.

« La dernière fois que je suis allée voir mon médecin traitant, c'était pour un arrêt de travail » (participant 6)

« Pour faire des certificats, pour faire des activités sportives, obligatoires » (participant 18)

« Euh...moi je n'y vais pas très souvent, effectivement tous les ans pour renouveler le certificat médical pour la pratique d'un sport... » (participant 22)

IV.2.2. Les médecins consultés

La deuxième question a permis d'identifier l'interlocuteur médical privilégié des participants.

IV.2.2.1. Le médecin généraliste

Il est évoqué par une grande majorité des participants. Il semble davantage disponible et accompagne le patient dans sa prise en charge globale.

« Surtout le généraliste, surtout quand on l'a gardé pendant 35 ans et qu'il arrête...C'était devenu un ami quoi, un confident surtout, on se confie plus facilement à quelqu'un qu'on connaît bien et qui a été habitué à nous suivre... » (participant 14)

« Je suis quelqu'un qui ne se déplace pas beaucoup donc le gynéco je n'y vais jamais parce qu'il faut que j'aille à Limoges donc c'est mon médecin traitant qui s'occupe de ça, c'est elle qui fait mes frottis... » (participant 36)

Le médecin généraliste consulté n'est pas uniquement le médecin traitant, il peut s'agir du médecin assurant les gardes sur un secteur donné.

« On voit aussi le médecin en cas d'urgences. Par exemple, j'ai dû appeler la nuit car j'avais une cholécystite ! » (participant 26)

7 participants à l'étude ont déclaré ne pas consulter le médecin généraliste.

Quatre d'entre eux étaient soit médecin soit vivaient avec un(e) médecin.

« Moi je consulte, par exemple, pour un mal de ventre comme l'autre fois et donc j'ai vu un gastro-entérologue par l'intermédiaire de ma femme, médecin. » (participant 21)

« Je vais voir directement mes collègues spécialistes mais c'est vrai que, du coup, je pense que c'est peut-être une erreur... » (participant 17)

Un participant reconnaît ne voir aucun médecin.

« Moi, je n'y vais pas. » (participant 28)

IV.2.2.2. Le médecin spécialiste d'organe

Près de la moitié des participants consulte des médecins spécialistes d'organe. Pas moins de quinze spécialités différentes sont énoncées.

IV.2.2.2.1. Spécialités hors parcours de soin

Sont citées les spécialités qui ne nécessitent pas d'orientation préalable par le médecin traitant.

Parmi eux, on retrouve l'ophtalmologiste, cité par 11 participants

« Pour moi, pour l'ophtalmo, c'est directement avec le cabinet d'ophtalmo parce que c'est quand même hyper spécifique » (participant 20)

« Avec des lunettes, forcément, ophtalmo » (participant 24)

Le gynécologue et le pédiatre sont souvent consultés à titre préventif.

« Je consulte aussi le gynéco pour le suivi des frottis tous les 3 ans et puis éventuellement s'il y a des envies de grossesses pour organiser le suivi » (participant 15)

« Une fois par an le pédiatre parce que même mon médecin traitant me l'avait conseillé, parce qu'il y a des choses qui passer un peu à l'as pour lui-même si mes enfants il les suit depuis qu'ils sont tout petits, mais une fois par an... Par exemple, le souffle du cœur à 6 mois, c'est le pédiatre qui l'a découvert ! » (participant 13)

« Hormis le gynéco où j'y vais effectivement tous les ans, ça j'y tiens, la mammo j'y tiens aussi mais ça s'arrête là ! » (participant 31)

Le médecin du travail est associé à une démarche obligatoire.

« Il y a aussi les visites obligatoires dans le cadre de la médecine du travail » (participant 2)

IV.2.2.2.2. Spécialistes intégrant le parcours de soin

Ils sont généralement consultés pour des prises en charge spécifiques ou pour le suivi au long cours.

Le dermatologue est sollicité pour le suivi pour 7 participants.

« Le dermato, une fois par an ou quand je trouve que j'ai des grains de beauté un peu louches, je ne vais pas voir mon médecin traitant avant, j'appelle tout de suite mon dermato pour prendre rendez-vous » (participant 6)

Les autres spécialités sont consultées en qualité d'expert sur des pathologies précises.

« J'avais consulté le médecin traitant dans un premier temps avant de consulter un spécialiste, davantage compétent sur la question » (participant 4)

« Je fréquente pas mal ORL, allergologue parce que j'ai un syndrome de Widal avec une polypose nasale » (participant 1)

« Mon seul problème est celui de la prostate, qui a été enlevée tout simplement » (participant 7)

IV.2.2.3. Les médecins hospitaliers

Ces médecins sont rarement consultés à l'initiative du patient et la spécialité n'est pas choisie. L'hospitalisation est citée comme principal contexte de ce recours par 2 participants.

« Quand la scie coupe le bout de doigt...mais on l'appelle (le médecin traitant) quand même pour nous dire qu'il faut se rendre directement aux urgences » (participant 2)

« J'étais au CHU de Clermont-Ferrand. Je suis passée dans 4 services différents. » (participant 23)

IV.2.3. Les moyens de mise à jour des connaissances du médecin généraliste

Comme pressenti, le médecin généraliste est le premier recours médical dans la population d'étude. Il est évoqué dans tous les motifs de consultation : premier recours, suivi et dépistage. Il est également sollicité pour la rédaction de certificat et l'identification de contre-indication. La suite des résultats est donc centrée sur ce professionnel de santé.

Au-delà des moyens disponibles pour se tenir au courant des évolutions scientifiques, les participants aux focus groupes ont identifiés des éléments qui suggèrent que le médecin consulté poursuit sa formation.

IV.2.3.1. Sources d'informations

Il s'agit des outils que les médecins utilisent pour poursuivre leur formation et mettre à jour leurs connaissances.

IV.2.3.1.1. La Formation Médicale Continue (FMC) et l'enseignement

Très rapidement, le caractère obligatoire d'une formation guidée par leurs pairs est mis en avant.

« J'imagine qu'il y a une certaine obligation de la part des médecins de justifier de se tenir à jour des connaissances » (participant 24)

« Je pense quand même que les médecins se forment, il y a des formations mensuelles, ils ont des topo le soir » (participant 9)

« Les médecins généralistes doivent aller en formation, aller à la pêche au infos » (participant 30)

Le médecin, maître de stage, peut aussi se mettre à jour en accueillant un jeune confrère en cours de cursus.

« Maintenant, pas mal de médecins généralistes ont des internes avec eux donc ça permet de brasser les connaissances, de pouvoir se mettre à jour » (participant 16)

IV.2.3.1.2. Les échanges entre confrères

Les confrères permettent les échanges de pratique mais également l'acquisition de nouvelles connaissances par l'intermédiaire de congrès, de thèses, d'avis...

« Je fais entière confiance sur la capacité du médecin à se renouveler sur ses connaissances avec ses confrères, avec des colloques, des congrès... » (participant 18)

« Je pense que le médecin est souvent très attentif à l'évolution et à ce qu'il se passe, par exemple, si on est obligé d'aller suivre un spécialiste. Il est très attentif, note bien tout ce qu'on lui dit et, après, il peut faire un bilan adapté et en déduire quelque chose... » (participant 35)

« Il y a beaucoup de thèses de spécialités différentes donc ça permet d'entrecroiser ses connaissances » (participant 21)

IV.2.3.1.3. La littérature spécialisée

Elle est évoquée par 7 participants.

« J'ai encore le souvenir de l'énorme Vidal sur le bureau et les traités EMC dans sa bibliothèque même si je ne sais pas s'ils ont déjà été ouverts ! » (participant 15)

« Pour les maladies, comme il a été dit, ils vont aller consulter leurs « bibles » (participant 25)

IV.2.3.1.4. Les médias

Cet outil est cité 35 fois. Il regroupe la presse, la télévision et Internet.

Les informations y sont particulièrement nombreuses. Internet notamment semble être le moyen privilégié selon les participants de l'étude pour informer le professionnel de santé. Les connaissances y sont mises à jour régulièrement et les recommandations officielles peuvent facilement être véhiculées.

« Je sais qu'il lit, je sais qu'il est abonné à des revues » (participant 12)

« Ils peuvent consulter Internet. Ils doivent avoir un fichier/logiciel au niveau de la médecine et ils tapent les infos là-dedans. » (participant 34)

« J'ose espérer qu'il y a un journal officiel de l'Ordre des Médecins qui paraît régulièrement » (participant 1)

« On peut prendre également l'exemple du Professeur Raoult, par les médias, qui a dit tout haut ce qu'il avait fait et qui a fait passer le message » (participant 31)

IV.2.3.1.5. Les visiteurs médicaux (VM)

Bien qu'évoqués dans les trois focus groupes, ce moyen est parfois remis en cause pour des soucis de transparence.

« En tant que commerciale, j'espère que les visiteurs médicaux apportent quelques choses aux médecins et que du coup ça leur permet de découvrir de nouvelles molécules, des nouveaux médicaments » (participant 6)

« Il y a encore les visiteurs médicaux je suppose qui les mettent au courant des nouveaux médicaments » (participant 14)

« Moi je pense aussi qu'il y a les laboratoires qui communiquent pas mal je pense sur les recherches et j'imagine qu'il y a un peu de lobbying d'ailleurs car il y a des représentants. Je trouve ça un peu particulier... » (participant 22)

IV.2.3.2. Éléments suggestifs d'auto-formation

Ce sont plutôt les moyens qui suggèrent que le médecin est à jour dans les connaissances médicales. Ils sont non seulement liés à sa personnalité mais également à l'expérience dans son exercice professionnel.

IV.2.3.2.1. Expérience personnelle

L'expérience est en quelque sorte un moyen d'auto-formation si le praticien est curieux. Elle semble être, de fait, le moyen le plus compatible avec une activité chronophage.

« L'expérience, je crois que ça joue beaucoup (...) vu la charge de travail qu'un médecin généraliste a effectivement, ça ne doit pas être facile à se former, se mettre à jour » (participant 11)

« Je pense aussi qu'ils s'informent tous seuls selon les cas présents. Je suis persuadée qu'ils vont en parler à d'autres confrères, aller chercher des trucs dans des livres... » (participant 36)

IV.2.3.2.2. Rigueur et Conscience Professionnelle

Au-delà de la formation médicale continue obligatoire évoquée ci-dessus, les patients estiment que le professionnalisme du médecin impose qu'il soit à jour.

« S'il applique le principe qu'on retrouve dans beaucoup de professions, à savoir la conscience professionnelle et ba, on se tient informé des évolutions » (participant 4)

« C'est une vraie passion être médecin et je suis persuadé qu'il trouve les moyens par Internet, les revues, les colloques, que ce soit d'autres choses, mais il trouve les moyens autrement il ne serait pas digne d'être médecin. (participant 29)

IV.2.3.2.3. Posture et Discours

Un praticien déterminé semble pouvoir instaurer la confiance chez certains patients.

« Ça se sent, dans la manière d'expliquer. Il m'a déjà dit : « tiens on va pouvoir maintenant doser ça parce que maintenant on recherche de plus en plus ça » donc ça se sentait dans son discours » (participant 8)

« J'avais aucune impression qu'il continuait sa formation mais ça ne m'inquiétait pas du tout, il la jouait à l'expérience et ça me rassurait complètement, « l'enfumage » quoi » (participant 10)

IV.2.4. Outils de recherche utilisés pendant la consultation

Ce sont les ressources externes utilisées par le médecin pendant la consultation.

IV.2.4.1. Bibliothèque personnelle

La bibliothèque personnelle est considérée comme principalement constituée par les bases de données médicamenteuses. 16 participants évoquent un comportement de recherche pour les posologies sur un support de référence.

« Lors de la prescription d'un médicament, elle cherche sur un livre au moment de la rédaction » (participant 14)

« Pour la prescription d'un médicament, il a regardé dans le bouquin rouge » (participant 34)

D'autres évoquent des moyens plus personnels.

« Je l'ai vu se lever de son bureau et aller chercher un bouquin pour me répondre. Je l'ai même vu, un jour, prendre une feuille blanche et me dessiner en quoi consistait la prostate après avoir regardé un bouquin. » (participant 7)

« Il avait une petite fiche, un petit mémo à côté de lui » (participant 10)

IV.2.4.2. Presse médicale

Elle est évoquée une seule fois en format papier. L'ordinateur est cité 8 fois comme source d'information mais ce qui est consulté n'est pas détaillé.

De toute évidence, ce qui est rapidement utilisable est la documentation tertiaire, sous forme de recommandation.

« Je vois très bien mon médecin complètement décontenancé en train de lire la circulaire qu'il avait sur son bureau » (participant 6)

« Moi, quand je consulte mon médecin, l'écran est là et moi je suis de l'autre côté, je ne sais absolument pas ce qu'il regarde : ça peut être mon dossier (...), ça peut être une recherche d'un autre médicament qu'elle pourrait me conseiller » (participant 25)

IV.2.4.3. Internet

Rendu possible depuis l'informatisation des cabinets médicaux, le recours à Internet est plébiscité par les participants interrogés.

« Mon médecin traitant va regarder sur son ordinateur, Internet » (participant 8)

« Je pense que mon médecin, c'est plutôt Internet » (participant 11)

« C'est vrai que j'ai déjà vu aller voir sur Internet » (participant 33)

IV.2.4.4. Avis de confrère

Bien que la disponibilité des confrères soit assez aléatoire, la possibilité d'obtenir une réponse précise à une question donnée rend leurs avis particulièrement intéressants au cours d'une consultation.

« Prendre un conseil, un avis sur un livre ou même un confrère, j'ai déjà vu » (participant 9)

« Après je sais aussi qu'il appelait ses anciens collègues sur Paris ou bien dans le nord de la France. Elle avait certains contacts qu'elle appelait quand elle avait un doute sur quelque chose... » (participant 18)

« Il examine aussi énormément son patient avant et, après, oui, il peut se diriger vers un spécialiste » (participant 31)

IV.2.4.5. Applications pour smartphone

C'est la ressource externe la plus récente et potentiellement la plus facilement consultable mais son usage n'est pas encore connu de tout le monde. Elle impose le recours à un autre support : le téléphone portable.

« Je ne connais pas ces applications mais, effectivement, si ça calcule... » (participant 11)

« La dernière fois qu'on a cherché sur un médicament, elle a pris le smartphone, elle a fait « popopopom...Vidal.com... » ou je ne sais pas quoi, enfin bref, elle a cherché directement sur le téléphone du coup » (participant 1)

« Après je me rends compte quand je vois des médecins plus jeunes, je pense que c'est même plus sur des applications mobiles, sur le téléphone... » (participant 21)

IV.2.5. Vécu du patient concernant la démarche de recherche pendant la consultation

Après avoir mis en évidence les différentes ressources externes, pour répondre à la problématique de l'étude, il nous fallait appréhender le ressenti du patient quand il constatait une recherche effectuée par son médecin. Est-ce qu'avouer devoir faire une recherche pour répondre à une situation pouvait avoir une influence sur la relation médecin-patient ?

IV.2.5.1. L'initiation de la recherche

Bien que rechercher n'est qu'exceptionnellement remis en cause, c'est le fait que cela soit fait pendant la consultation qui est parfois dénoncé.

« Qu'il regarde avant que le patient ne rentre dans le cabinet, bon, si ça lui facilite la vie, il n'y a aucun problème mais devant le patient, non, ça ne se fait pas » (participant 28)

Pour 22 participants, ce comportement devant le patient n'est pas dérangeant, au contraire, il est plutôt bien accueilli.

« En tout cas, le médecin traitant, même s'il regarde devant moi, ça ne me dérange pas » (participant 20)

« Je préférerais qu'il cherche plus et qu'il me dise « bon ba on va faire comme ça et ça va aller » (participant 6)

IV.2.5.2. Les sentiments provoqués par la recherche

IV.2.5.2.1. Démarche liée au métier

La recherche pendant la consultation laisse rarement indifférent, un seul témoignage va dans ce sens.

« Si c'est fait dans des conditions pas fantaisistes, ça paraît tout à fait ordinaire » (participant 2)

Pour certains patients la démarche de recherche semble être logique puisqu'un médecin ne peut pas tout savoir.

« Je pense que la médecine est une science qui évolue tous les jours donc un médecin ne peut pas tout savoir et ça ne peut pas se passer autrement qu'avec les autres, qu'avec un rassemblement de données, d'échanges » (participant 35)

Pour d'autres participants, cette démarche est aussi imposée par la nouvelle relation médecin-malade et la nouvelle génération de patients.

« Avant les médecins donnaient leurs avis comme ça et quand ils ne savaient pas, ba...ils donnaient une maladie et, maintenant, il y a une vraie posture basse qui est mise en place et je trouve ça plutôt hyper intéressant. Je préfère qu'on dise « je ne sais pas, je vais chercher pour voir la bonne réponse » plutôt qu'on me donne une réponse et qu'on me soigne pour une maladie qui n'est peut-être pas la bonne juste par posture trop haute par rapport au patient. Je pense qu'il y a un vrai changement dans la société du fait de ne plus être un notable... » (participant 21)

« Faut savoir aussi qu'il y a aussi ceux qui arrivent chez le médecin et qui savent déjà ce qu'ils ont. Ils ont déjà consulté sur Internet et ils disent « j'ai ci, j'ai ça... ; il me faut ci, il me faut ça... » « Bon ba déshabillez-vous d'abord, je vais vous ausculter ». Face à ça, je pense quand même que le retour du médecin doit être fait avec ses connaissances mais aussi avec ses propres consultations en ligne ! » (participant 9)

IV.2.5.2.2. Perception négative

Bien qu'il s'agisse principalement d'une première impression avant de la juger plus positive, certains patients trouvent la démarche déstabilisante voire inquiétante.

« Je n'aime pas, je préfère quelqu'un qui m'emmène un peu...en qui j'ai confiance, avec beaucoup de charisme, qui finalement ne regarde pas mais, du coup, au niveau du ressenti, ça va plus me rassurer » (participant 10)

« Ce n'est pas rassurant pour un patient de voir un toubib qui cherche » (participant 37)

« Je trouve que ça peut être un peu effrayant » (participant 32)

IV.2.5.2.3. Perception positive

La démarche est quand même plutôt bien perçue par 33 participants. Entre honnêteté et professionnalisme, le patient semble rassuré quand il a affaire à un médecin chercheur.

« Je pense que ça, c'est de la conscience professionnelle, ça je pense qu'on le ressent plutôt bien » (participant 5)

« C'est très rassurant d'avoir les capacités de se dire qu'on ne sait pas et qu'on va rechercher » (participant 13)

« Quelqu'un qui va me dire qu'il ne sait pas, ça me rassure aussi car il a l'honnêteté de le dire et que ça sous-entend qu'il va rechercher, qu'il va continuer » (participant 23)

IV.2.5.3. Les conséquences de la recherche

En effectuant sa recherche devant le patient, ce dernier semble reconnaître des intérêts pour le professionnel de santé qui vont bien au-delà de la réponse à une problématique.

IV.2.5.3.1. Intérêts pour le médecin

Comme déjà évoqué dans les moyens de mise à jour des connaissances, faire des recherches en fonction des cas des patients permet de se tenir au courant des évolutions scientifiques mais cela ne semble pas être le seul avantage.

En effet, préciser certaines informations, après s'être renseigné, a un réel intérêt pédagogique a priori.

« J'ai constaté que l'ancienne génération de médecins ne parlait pas beaucoup et, maintenant, la nouvelle génération, le médecin explique tout et, pour un patient, c'est super » (participant 14)

« L'humain a besoin d'explications » (participant 33)

La réduction du risque d'erreur est également soulevée par les participants.

« Faut reconnaître que le médecin a le droit de se tromper car les symptômes peuvent être similaires dans plusieurs maladies et le traitement n'est pas du tout le même » (participant 22)

En outre, la recherche préalable pourrait faire accepter une erreur éventuelle.

« S'il y a une erreur, je pense qu'elle sera mieux acceptée si au départ il y avait déjà une discussion sur un doute éventuel et des discussions sur la démarche diagnostique » (participant 16)

IV.2.5.3.2. Impacts sur le patient

Au-delà du professionnalisme dégagé par la démarche, 6 participants se considèrent plus respectés et écoutés quand le professionnel s'intéresse à leur cas jusqu'à faire une recherche devant eux. Cette démarche semble générer une confiance qui améliore la relation médecin-malade.

« Moi ça ne me gêne pas qu'il cherche, au contraire, ce n'est pas un problème, ça me met en confiance et puis j'ai besoin d'avoir cette relation avec la personne qui me soigne. Pour moi, c'est vachement important. (...) J'ai besoin que la confiance soit réciproque. J'ai besoin qu'on m'écoute et moi j'écoute beaucoup aussi. » (participant 36)

« Pour moi c'est plutôt un signe de respect, de professionnalisme. Peut-être que des fois, un médecin traitant, ça peut être embêtant car ils nous connaissent trop, les signes devenant récurrents. (...) On est tous différent mais quand ça revient sans arrêt, il y a peut-être d'autres choses à chercher. Ce qui m'embêterait, c'est qu'il ne cherche pas. Il faut aller plus loin pour rassurer le patient au moins. (participant 26)

Enfin, rechercher permet d'impliquer le patient dans sa prise en charge, illustration parfaite de la nouvelle relation médecin-patient.

« De toute façon, il peut difficilement le cacher donc plutôt impliquer le patient en disant « voilà, on va vérifier ensemble » et puis, c'est plus rassurant que de dire « ah ba je ne sais pas... » là, c'est sûr que c'est pas du tout rassurant pour le patient. Au final, d'intégrer le patient dans la recherche et dans la maladie, ou le problème pour lequel il consulte, ce n'est pas plus mal et ça peut mettre en confiance le patient, voilà. » (participant 8)

IV.2.6. Vécu du patient concernant le comportement de recherche du médecin

Ce vécu est en quelque sorte l'analyse du médecin qui entreprend la recherche. Si la démarche pendant la consultation semble plutôt bien perçue, existe-t-il des facteurs freinateurs ou facilitateurs ?

IV.2.6.1. Vécu en fonction du médecin

IV.2.6.1.1. Attitude lors de la recherche

Prévenir de sa recherche semble être préférable quelle que soit la ressource externe utilisée mais la façon dont il va entreprendre cette démarche est également soumise au jugement du patient.

« Faut toujours qu'il le fasse en expliquant parce que c'est vrai que si on est en train de lui parler et qu'il fait autre chose, il n'écoute pas et pourtant, pour moi, le but premier, c'est d'écouter le patient et, après, de chercher et d'expliquer ce qu'on fait » (participant 18)

« Ça dépend un petit peu de l'attitude de la recherche et comment il le fait parce qu'il y a le fond et la forme. (...) Dans tous les cas il faut qu'ils soient rassurants avec leurs patients quelle que soit la chose qui font c'est-à-dire que ce soit dans le geste ou dans l'attitude pour rechercher une information ou pour faire un acte quel qu'il soit. S'il est hésitant, tremblotant ou les yeux qui vont du plafond au sol, à un moment ça ne va pas le faire... » (participant 1)

« Si la personne vous dit de but en blanc, en se moquant un peu de vous : « ba je ne sais pas » ba on ne reviendra pas ! Et si on voit que la personne prend vraiment à cœur de trouver ce qu'on a et qu'il montre qu'il va s'investir, il ne sait pas mais on est quand même rassuré quelque part. » (participant 28)

IV.2.6.1.2. Objet de la recherche

Même si les participants reconnaissent que connaître l'ensemble des médicaments et leur dosage n'a pas d'intérêt la recherche devrait initiée uniquement pour des situations jugées plus complexes.

« Si c'est une posologie, je trouve qu'ils ne sont pas obligés de savoir tout par cœur, je ne vois pas pourquoi il faudrait tout savoir, je ne sais pas si c'est possible de tout savoir et je ne vois vraiment pas pourquoi j'exigerais cela » (participant 3)

« Ba tout dépend ce qu'on a parce que si on y va parce qu'on a mal à la gorge...je trouverais ça un peu léger que le médecin cherche » (participant 26)

« C'est important de voir qu'il cherche quelque chose d'utile par rapport aux symptômes qu'on décrit, qu'on ne cherche pas pour chercher » (participant 20)

IV.2.6.2. Vécu en fonction du patient

En réalité, il s'agit surtout que la confiance qu'accorde le patient à son médecin. Cela suggère que le comportement de recherche sera davantage accepté si le médecin a déjà fait ses preuves.

« Moi je ne me pose pas trop de question non plus car quand je vais chez le médecin je fais complètement confiance. C'est son métier, je me pose aucune question. Et à partir du moment où elle va rechercher quelque chose ou se renseigner, ça ne me pose aucun problème puisque ça fait partie du métier. » (participant 25)

« Je n'ai pas hyper confiance en mon généraliste donc quand il va chercher quelque chose je me dis qu'il sait pas alors que je suis allée voir notamment mon dermato et il cherchait sur son téléphone et pour le coup je lui faisais très confiance, mais c'est juste qu'il n'était pas sûr de lui, mais vu que je lui fais confiance, je me sentais...enfin je comprenais tout à fait donc c'est vrai que j'étais vachement plus dure avec mon généraliste parce que je ne lui fais pas confiance » (participant 6)

IV.2.6.3. Vécu en fonction des supports de recherche

Toutes les ressources externes ne procurent pas le même ressenti aux patients mais difficile de définir une hiérarchie. Tous les participants reconnaissent des avantages et des inconvénients à chaque support.

« Moi je pense que, je suis d'accord avec l'évolution, le livre, le côté un peu ancestral, sur des pathologies rares, très rares, je pense que peut-être on pourrait trouver des choses...qui répondraient à des questions alors que parfois sur l'Internet on n'aurait pas le détail qu'on pourrait trouver dans le livre dans le temps, enfin voilà...Je pense que tout est complémentaire. » (participant 19)

IV.2.6.3.1. Fiabilité du support

Bien que les participants semblent faire confiance à leur médecin dans sa capacité à faire des recherches « au bon endroit », ils sont vigilants sur la source utilisée pour 12 d'entre eux.

« Sur le type de support, le bon vieux bouquin ou le site Internet, c'est une question de fiabilité aussi l'un ou l'autre donc je ne sais pas...aujourd'hui, sur Internet on trouve un peu de tout donc peut être que dans le domaine médical c'est pareil aussi, (...) si effectivement d'abord la démarche de recherche d'information est prise là pour le coup on fait confiance aussi à son médecin pour aller piocher les informations au bon endroit ! » (participant 4)

« J'imagine qu'il existe pour les médecins comme il existe pour les comptables ou pour tout un tas de métier, des logiciels et des sites particuliers qui correspondent aux médecins et auxquels nous on n'a pas accès » (participant 36)

« En tout cas je trouve plutôt rassurant de faire comme ça plutôt que de regarder un vieux bouquin de Vidal des années 90 ou des traités EMC de 80...qui sont un peu désuets sur le suivi actuel » (participant 20)

Le recours au livre est soumis à l'actualisation des données. L'avis des confrères est décrit comme le support le plus fiable selon les patients, seul un témoignage le juge moins rassurant que la bibliothèque personnelle.

« Dans le Vidal c'est rassurant, chez le collègue, faut commencer à s'inquiéter un peu et s'il regarde sur Internet...c'est mauvais ! » (participant 28)

« Je pense que ça me rassurerait plus le côté avis spécialiste plutôt que l'information sur n'importe quel support » (participant 15)

« Il y a certes les smartphones, les livres, les ordi mais je pense que ça peut être aussi rassurant d'appeler un collègue quand il y a une situation qui nous dépasse d'une autre spécialité : « attendez, j'appelle un collègue pour voir ce qu'il en pense... » et puis donner l'information en passant par un intermédiaire physique et non pas par un bouquin... » (participant 17)

Comme déjà évoqué, le recours à Internet nécessite des aptitudes spécifiques qui peuvent être remises en cause par le patient.

« Internet moi je dis oui et non car on trouve tout et n'importe quoi...même s'ils ont, peut-être, des sites réservés, je suis dubitative, je ne sais pas » (participant 31)

IV.2.6.3.2. Cohérence générationnelle du support

Selon plusieurs avis, les ressources externes doivent être adaptées aux différentes générations de la patientèle et à l'évolution de la société dans laquelle le médecin exerce.

Une partie des participants semblent considérer les livres comme une ressource « démodée ».

« C'est dépassé le livre » (participant 27)

« Peu de patients qui ont lu des livres comme ça, ça crée une barrière » (participant 21)

Mais certains risquent d'être déstabilisés par le support informatique.

« On a l'impression nous, les anciens, qu'on va parler à un ordinateur » (participant 14)

« Maintenant, derrière l'écran, on ne voit absolument rien de ce qui se trame » (participant 24)

Toutefois, les témoignages reconnaissent que les nouvelles technologies sont plus adaptées à l'évolution de la société.

« On est quand même dans une société où les gens veulent de l'immédiateté en fait, ils veulent quelque chose à l'instant t, si à l'instant t c'était le smartphone, la tablette ou l'ordi...s'il y a la réponse qui va bien à l'instant t, dans l'immédiateté, parce que la société est aussi comme ça...» (participant 21)

« Je pense que c'est un facteur à prendre en compte la rapidité de réponse, l'immédiateté ! » (participant 30)

IV.2.6.3.3. Particularités du smartphone

La plupart des patients interrogés ne semble pas au courant de ce que peut apporter le smartphone par rapport à l'ordinateur.

« Si c'est à son cabinet, je ne vois pas pourquoi il sortirait son téléphone » (participant 26)

« Pourquoi le toubib travaillerait avec son smartphone ?! » (participant 34)

Le recours au smartphone peut paraître irrespectueux car il serait le reflet d'un phénomène de société largement décrié : la dépendance des écrans. L'écran de l'ordinateur semble plus accepté.

« Les générations qui n'ont pas connu le téléphone portable nous reprochent d'être constamment sur le téléphone alors je me dis que quand c'est le professionnel de santé, est-ce que ça peut être moins bien vécu ? » (participant 8)

« C'est-à-dire que si l'information peut être cherchée plus sur un ordi que sur un téléphone, parce qu'on ne sait pas si le médecin est en train d'envoyer un SMS ou regarder les photos de ses gosses ou je n'en sais rien, quand il est derrière l'ordi au moins il y a une posture qui est différente même si la posture est... Je pense que c'est quand même important et dans le cadre d'une consultation la posture derrière l'ordi me semble plus respectueuse » (participant 12)

« Quand on parle à quelqu'un et qu'il regarde son smartphone je trouve ça très mal poli » (participant 22)

Si certains semblent prêts à voir le médecin utiliser le smartphone, ils reconnaissent qu'il faudra y mettre particulièrement la forme, aussi bien dans le comportement de recherche que dans la fréquence.

« Moi le smartphone ça ne dérange pas mais ça me gêne si c'est à chaque fois » (participant 37)

« Si à chaque fois qu'il y a un vrai problème où il faut être super rapide pour faire le diagnostic on le voit sur le téléphone... c'est vrai que ce n'est pas ce que j'attends de mon médecin traitant » (participant 29)

« Le téléphone je ne suis pas contre mais, je dis « je voudrais regarder sur mon téléphone » » (participant 20)

Enfin, des patients sont déjà convaincus de l'intérêt de ce nouvel outil. Support moderne et pratique, il pourrait permettre une réponse encore plus rapide.

« Les jeunes ne peuvent pas s'en passer, je ne pense pas. Pour moi ils ont sûrement des applications à l'heure actuelle, dans le smartphone mais également les dossiers et de quoi contacter les confrères ou les urgences ; C'est encore plus rapide. » (participant 31)

« Parce que moi pour le coup je trouve qu'il vaut mieux qu'il regarde sur son téléphone parce qu'il va avoir l'appli Vidal qui va se mettre à jour automatiquement alors que son Vidal, s'il laisse le 2006 sur la table...(rires). Je préfère qu'il ait l'appli ! Après c'est plus ma génération mais, j'ai plus confiance en l'application de son téléphone qu'en le Vidal papier » (participant 6)

« C'est assez pratique d'avoir directement à appuyer sur l'application, d'avoir tout de suite le résultat. Internet faut chercher un petit peu plus longtemps, il faut avoir déjà préenregistré certains sites...du coup les deux sont très bien mais c'est vrai que le portable c'est pratique ! » (participant 16)

V. Discussion

V.1. Analyse matricielle

Pour plus de clarté, l'analyse matricielle sera présentée sous forme de tableaux pour chacun des thèmes.

Les chiffres correspondent aux nombres de références associées à chaque nœud. Plus le chiffre est élevé plus l'idée a été exprimée.

Afin de simplifier la lecture et obtenir une meilleure vue d'ensemble, un code couleur a été appliqué.

V.1.1. Les motifs de consultation

Tableau 2 : Motifs de consultation en fonction de l'âge

	Arrêt de travail	Bilan annuel	certificats	Consultation de réassurance	Contrôle oculaire	Désir ou organisation de grossesse	Enfant malade	Examen général	Examens complémentaires	Infections aiguës	Maladie (sans précision)	Perturbation du bilan sanguin	Premier recours/orientation	Prévention et dépistage	Renouvellement de traitements	Suivi de pathologies chroniques	Suivi gynécologique	urgences	vacination	Visites obligatoires (médecine du travail)
Entre 18 et 29 ans	0	0	3	1	1	0	0	1	0	1	2	0	1	3	1	0	0	1	3	1
Entre 30 et 39 ans	2	0	3	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	3	1	1	0	0	0	0
Entre 40 et 49 ans	0	3	2	0	1	0	2	2	0	2	1	0	1	2	0	1	1	1	2	0
Entre 50 et 59 ans	0	2	0	0	2	0	1	1	0	0	1	2	3	2	1	3	0	1	0	1
Entre 60 et 69 ans	0	5	1	2	0	0	0	3	1	4	1	1	1	4	4	2	1	2	1	0
+ de 70 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	3	0	0	0	0

Les consultations de dépistage sont les plus souvent évoquées notamment chez les plus de 60 ans. Suivent les consultations de surveillance de pathologies chroniques et le renouvellement de traitement.

Ces résultats semblent en accord avec l'étude ECOGEN bien que celle-ci ne s'intéresse qu'aux patientèles de médecine générale en France(46). Il s'agit d'une étude nationale multicentrique nationale réalisée entre 2011 et 2012 permettant d'enregistrer 20 613 consultations. Le résultat de consultation le plus fréquent correspondait à des situations de prévention. Le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux devant le suivi d'un problème de santé et la discussion de résultats d'examen. L'étude atteste de la grande diversité des soins possibles au cabinet.

Notre travail confirme la variété des consultations.

Tableau 3 : Motifs de consultation en fonction de la situation socio-professionnelle

	Arrêt de travail	Bilan annuel	certificats	Consultation de réassurance	Contrôle oculaire	Désir ou organisation de grossesse	Enfant malade	Examen général	Examens complémentaires	Infections aiguës	Maladie (sans précision)	Perturbation du bilan sanguin	Premier recours/orientation	Prévention et dépistage	Renouvellement de traitements	Suivi de pathologies chroniques	Suivi gynécologique	urgences	vaccination	Visites obligatoires (médecine du travail)
Agriculteurs exploitants	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3	1	3	1	1	1	0	2	0	1	4	0	3	6	1	0	0	0	3	1
Professions intermédiaires	0	3	4	0	2	0	2	2	0	4	2	0	1	2	3	4	0	2	3	0
Employés	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
Retraités	0	3	0	2	1	0	0	3	1	2	2	2	2	5	5	3	1	2	0	1
Autres personnes sans activité professionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0

Le deuxième tableau met en évidence de grandes différences sur la fréquence de recours au médecin en fonction de la situation socio-professionnelle. Les professions intermédiaires semblent consulter essentiellement pour des problèmes aigus ou des démarches administratives (certificats) tandis que les cadres et les retraités consulteraient davantage pour du suivi et de la prévention. Bien connaître la situation du patient pourrait initier une démarche d'éducation aux soins adaptée.

V.1.2. Les médecins consultés

Toute spécialité confondue, le médecin généraliste est le médecin le plus souvent cité. Son rôle de premier recours est donc confirmé par notre étude.

Tableau 4 : Médecins consultés en fonction de l'âge

	Allergologue	Angiologue	Cardio-pédiatre	Cardiologue	Chirurgien	Dermatologue	Gastro-entérologue	Généraliste	Gynécologue	Hématologue	Médecin du travail	Médecin généraliste de garde	Médecin au cours d' hospitalisation	Ophthalmologiste	ORL	Pédiatre	Pneumologue	Radiologue	Rhumatologue	Urgentiste	
Entre 18 et 29 ans	1	0	0	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Entre 30 et 39 ans	0	0	0	2	0	2	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Entre 40 et 49 ans	0	0	1	1	1	1	0	3	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Entre 50 et 59 ans	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1
Entre 60 et 69 ans	0	1	0	2	2	3	3	4	1	1	0	2	1	5	0	0	1	1	0	0	2
+ de 70 ans	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

On peut constater l'augmentation croissante du recours à certaines spécialités d'organe en fonction de l'âge des participants comme les gastro-entérologues, les ophtalmologistes et les dermatologues. Ce qui rejoindrait l'importance accordée à la prévention mise en évidence précédemment.

En outre, le généraliste serait l'interlocuteur quasi exclusif des patients de moins de 40 ans. Établir une relation médecin-patient de qualité, notamment, avec ces derniers semble donc indispensable.

V.1.3. Les moyens de mise à jour des connaissances du médecin généraliste

Il s'agit de moyens disponibles selon les patients. Avoir l'avis de ces derniers sur la façon dont le praticien se tient au courant des évolutions permet d'estimer l'importance qu'ils accordent à cette démarche. De nombreux moyens ont été identifiés, ce qui suggère que les participants n'ont aucun doute sur les capacités de mise à jour du médecin consulté.

Une étude espagnole de 2014 confirmait la nécessité de se mettre à jour régulièrement devant l'obsolescence à trois ans d'une recommandation médicale sur cinq(47). Cependant, le Développement Professionnel Continu (DPC), qui constitue une obligation individuelle en France, ne parvient pas à concerner l'ensemble des professionnels de santé. Fin 2018, seuls 38% des médecins libéraux étaient engagés dans le DPC(48).

Tableau 5 : Moyens de mise à jour des connaissances selon les patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant

	Abonnements	Thèses de confrères	Enseignement Post Universitaire	Formation Médicale Continue	Hierarchie médicale	Congrès	Réunions de professionnels/colloques	Ordre des Médecins	Informations issues d' Internet	Confrères	Étudiants qu' il forme	Bouquins ou encyclopédies médicales	Directives ministérielles	Revue(s) médicales	Outils informatiques (Internet, applications mobiles...)	Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)	Visiteurs médicaux
Entre 5 et 15 ans d'exercice	2	0	2	3	0	0	2	1	1	2	0	1	1	5	2	0	4
Entre 15 et 30 ans d'exercice	1	1	1	3	1	3	4	0	4	3	1	4	0	5	6	0	3
+ de 30 ans d'exercice	1	1	0	2	0	3	3	0	2	3	0	2	0	2	5	1	3

Les participants ont cité majoritairement le recours aux outils informatiques tels qu'Internet. Ces moyens intéresseraient particulièrement les médecins expérimentés dont le temps de travail est, en moyenne, supérieur à celui des jeunes médecins(49). On peut supposer que les patients considèrent que c'est un moyen rapide pour se tenir informé des dernières recommandations.

V.1.4. Outils de recherche utilisés pendant la consultation

Tableau 6 : : Outils de recherche utilisés selon les patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant

	Avis de confrère	Circulaires	Smartphone (applications, Internet, PDF...)	Bases de données médicalementeuses, bouquins	Ordinateur (PDF, Internet...)	Supports personnels (fiches, memo...)
Entre 5 et 15 ans d'exercice	2	0	1	3	2	0
Entre 15 et 30 ans d'exercice	6	1	0	8	4	1
+ de 30 ans d'exercice	1	0	1	3	1	0

La quasi-totalité des participants de l'étude ont été témoins de recherches pendant la consultation. L'ensemble des ressources externes a été évoqué bien que l'information recherchée ne soit que rarement identifiée. La recherche sur un support papier est la plus fréquente (et ostentatoire). Le recours à l'ordinateur pourrait être sous-estimé puisqu'il permet également le déroulement du reste de la consultation. Le smartphone ne semble pas encore

identifié comme un outil de recherche utile pour le médecin, les applications mobiles médicales étant peu connues du grand public.

Sans surprise, les patients dont les médecins exercent depuis plus de 15 ans ont été essentiellement témoins de recherche sur les livres et via les confrères. Les médecins plus récemment installés auraient proportionnellement recours à un panel plus varié, notamment à des moyens plus rapides répondant aux exigences d'immédiateté actuelles.

V.1.5. Vécu du patient concernant la démarche de recherche pendant la consultation

Comme les médecins de l'étude canadienne réalisée en 2009, nous nous attendions à une perte de confiance du patient lors d'une recherche réalisée devant lui (15). Il s'agissait d'une enquête recueillant les déclarations des patients sur la confiance qu'ils accordent à leur médecin de famille et leur opinion sur la qualité des soins après avoir vu le médecin chercher des renseignements médicaux, à la fois sans préciser la source de l'information utilisée et en se référant à différents médias d'information spécifiques. L'étude s'intéressait aussi à ce que les médecins de famille pensaient des réactions qu'auraient leurs patients s'ils avaient à recourir à des sources d'information pour répondre à des questions médicales. La plupart des patients avaient des opinions favorables mais ceux de moins de 40 ans étaient plus susceptibles de perdre confiance en leur médecin.

Tableau 7 : Vécu de la démarche du médecin en fonction de l'âge du patient

	Démarche adaptée à la nouvelle relation médecin-patient	Démarche destabilisante	Démarche honnête	Démarche imposée par la nouvelle génération de patient	Démarche inquiétante	Démarche normale	Démarche permettant de se sentir écouté, respecté	Démarche pédagogique	Démarche rassurante	Démarche rigoureuse et professionnelle	Pas dérangé par la démarche	Permet de faire accepter une erreur éventuelle	Permet de limiter le risque d'erreur	Première impression négative	Préfère que le médecin ne recherche pas pendant la consultation	Préfère que le médecin recherche pendant la consultation
Entre 18 et 29 ans	0	1	0	0	0	0	1	0	3	4	1	1	0	1	0	1
Entre 30 et 39 ans	2	0	0	1	1	1	0	2	4	1	1	0	0	0	1	2
Entre 40 et 49 ans	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1	1	0	0	0
Entre 50 et 59 ans	0	0	0	1	0	1	1	1	2	3	0	0	1	1	0	2
Entre 60 et 69 ans	1	0	2	3	0	5	3	2	4	4	1	0	1	2	0	4
+ de 70 ans	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0

Nos résultats sont en faveur d'une bonne acceptation de la démarche. Contrairement à l'étude canadienne (15), les moins de 40 ans ne semblent pas plus réticents, au contraire. Les réponses des participants concernés suggèrent que les patients plus jeunes « préfèrent que le médecin recherche pendant la consultation ». Ils y verraient une démarche rassurante, rigoureuse et professionnelle. Cette différence pourrait s'expliquer par un paradigme de partenariat davantage ancré en 2020 dans la nouvelle relation médecin-patient. Les patients

semblent plus demandeurs d'informations, d'explications et semblent prêts à les obtenir à l'issue d'une recherche par le professionnel, y compris pendant la consultation.

Tableau 8 : Opinions défavorables des patients en fonction de la durée d'exercice de leur médecin traitant

	Démarche déstabilisante	Démarche inquiétante	Première impression négative	Préfère que le médecin ne recherche pas pendant la consultation
Entre 5 et 15 ans d'exercice	1	1	0	0
Entre 15 et 30 ans d'exercice	0	1	5	2
+ de 30 ans d'exercice	1	0	0	0

Les opinions défavorables concerneraient davantage les patients de médecins exerçant depuis plus de 15 ans, sans doute encore un peu imprégnés du modèle paternaliste de la relation. Puisqu'il s'agit quasi exclusivement de « première impression négative », le comportement de recherche du médecin a, de toute évidence, un impact important sur l'acceptation de la démarche.

V.1.6. Vécu du patient concernant le comportement de recherche du médecin

Tableau 9 : Vécu du patient en fonction de son âge

	Besoin de sentir le médecin sûr de lui	Comportement à adapter en fonction de la ressource utilisée	Démarche à adapter selon les générations	Démarche dépendante de l'objet de recherche	Démarche dépendante de la confiance préalable	Démarche dépendante de la ressource externe utilisée	Démarche dépendante de l'attitude du médecin	Le médecin doit prévenir de sa recherche	Les comportements de recherche ne doivent pas remplacer les connaissances	Pas de préférence sur le support	Préfère que le médecin ait ses propres supports	Ressenti différent selon les ressources externes
Entre 18 et 29 ans	0	0	1	0	3	2	2	1	0	0	0	0
Entre 30 et 39 ans	1	1	0	3	3	3	6	2	0	3	0	3
Entre 40 et 49 ans	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	0	1
Entre 50 et 59 ans	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	1
Entre 60 et 69 ans	0	0	0	2	3	0	3	1	2	4	3	0
+ de 70 ans	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0

L'attitude du médecin qui entreprend une recherche est clairement analysée par les participants de l'étude. Les moins de 40 ans, bien que demandeurs potentiels de la démarche, semblent insister davantage sur la nécessité de prévenir lorsqu'un comportement de recherche est initié. Ce comportement ne doit pas être dissocié d'une attitude sereine. Cette partie de la population pourrait être les représentants de la nouvelle relation médecin-patient qui consiste en un véritable partenariat avec le professionnel de santé. Les jeunes patients sont peut-être davantage au courant des informations sur la santé par la multiplication des données disponibles. Ils pourraient alors partager (ou discuter) les connaissances acquises avec leur médecin. Ainsi, il serait déraisonnable d'occulter ce moment de partage pendant la consultation si l'on veut maintenir une relation de confiance solide.

Contrairement aux résultats de l'étude canadienne (15), aucune préférence concernant une ressource externe n'est identifiée. Les ressentis semblent effectivement différents mais rien ne permet d'identifier un profil de patient suggérant une prédisposition à accepter un recours à une ressource externe plutôt qu'une autre. L'un des supports les mieux perçus par les patients de l'étude outre-Atlantique sont les ressources en ligne conçues pour les médecins mais ce support n'a jamais été clairement évoqué par les participants de notre étude. L'autre support le mieux perçu serait le recours aux manuels de médecine en format papier. Onze ans plus tard, cet outil de recherche semble nettement moins faire l'unanimité, probablement moins adapté à la société actuelle. Forte de nombreux avantages et inconvénients pour chacune des ressources citées, notre étude peut suggérer une complémentarité de celles-ci. On peut imaginer qu'une recherche efficace impose le recours simultané à plusieurs d'entre elles.

Ressource externe la plus améliorée depuis l'étude Nord-Américaine, les « assistants digitaux personnels » (ou smartphone et tablette) ont occupé une place importante dans les débats. Par son arrivée récente dans le cabinet médical, le smartphone est un support de recherche particulièrement intéressant à décrypter pour connaître les premières impressions sur le recours à de nouvelles technologies.

Tableau 10 : Ressenti sur l'utilisation du smartphone en fonction de la situation socio-professionnelle

	Alme moins le smartphone au cabinet	Gêné par le smartphone	Pas gêné par le smartphone	Plus respectueux de rechercher via l'ordinateur	Préfère applications pour smartphone	Préfère l'ordinateur au smartphone	Préfère le smartphone à l'ordinateur	Préfère que le médecin s'excuse s'il avait recours au smartphone	Risque de dépendance au smartphone	Smartphone + pratique (notamment au domicile)	Smartphone adapté à l'époque	Smartphones et tablettes uniquement en visites	Smartphone incompatible avec l'humain	Smartphone permet une réponse encore plus rapide	Smartphone risque de se substituer aux connaissances	Téléphone potentiellement gênant	Trop de smartphone peut dégrader la confiance
Agriculteurs exploitants	0	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Professions intermédiaires	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	1
Employés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retraités	1	1	5	0	0	1	0	1	0	4	2	0	1	0	0	1	1
Autres personnes sans activité professionnelle	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Le ressenti est plutôt mitigé, les opinions défavorables semblent même légèrement majoritaires. La comparaison avec l'ordinateur est souvent faite donc on peut supposer que les patients considèrent davantage le smartphone comme un ordinateur de poche plutôt que comme une ressource externe complémentaire. Les opinions positives pourraient être celles de participants déjà utilisateurs dans leur quotidien professionnel et connaisseurs des applications mobiles. Les professions intermédiaires et les agriculteurs semblent être les plus réticents. Contrairement à ce que nous aurions pu supposer, les retraités ne semblent pas dérangés par le recours au smartphone mais auraient plutôt tendance à lui trouver une utilité en visites au domicile.

V.2. Forces et limites de l'étude

V.2.1. Forces de l'étude

V.2.1.1. La méthode

La méthode qualitative ne requière ni critère d'inclusion ni critère d'exclusion.

Les focus groupes créent un environnement favorable à l'expression et la discussion. L'interaction et la dynamique de groupe contribuent à favoriser les échanges et ainsi à faire

émerger des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne. Tout ce qui a de la valeur pour les participants est abordé, comparé et confronté sans préjugé. Tout est considéré comme « recevable », y compris les idées peu évoquées. Le recrutement étant local, certaines personnes se connaissent créant ainsi une convivialité, des échanges dynamiques et un débat riche. En outre, on a pu constater un effet pédagogique des focus groupes qui stimulent la réflexivité : en échangeant, certains participants ont revu leurs positions parfois issues de préjugés.

La notion d'anonymat permettait également la libre expression pendant les débats.

Ce type d'étude n'exige pas de représentativité mais l'échantillon retenu était constitué d'une population plutôt hétérogène, majorant la possibilité d'obtenir des idées différentes.

Enfin, cette méthode permet de faire évoluer le guide d'entretien au fil de la réalisation des différents focus groupes. Au vu des réponses aux questions 5 et 6 du premier focus group, la modification du guide d'entretien a permis de rendre plus intuitif les débats, facilitant ainsi le recueil des idées en rapport avec le sujet.

V.2.1.2. Les participants

Tous les individus majeurs du Limousin pouvaient participer. Au vu de la diversité des trente-sept patients inclus, nous pouvons considérer que cela a été une source d'hétérogénéité de l'échantillon. La distribution de ce dernier en termes d'âge, de sexe, de profession, de lieu d'habitation, de durée d'exercice du médecin traitant semblait comparable à celle de la population cible. Les participants étaient plutôt équitablement répartis selon les âges permettant d'obtenir des avis sur plusieurs générations. Le nombre d'inclus a permis le recueil de 220 idées.

V.2.1.3. Le contenu

Une recherche est dite pertinente lorsqu'elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance accordée à une connaissance déjà établie(50). Ainsi définie, notre recherche est pertinente. L'étude semble apporter des informations sur l'influence du recours aux ressources externes sur la relation médecin-malade. Les débats étaient riches et variés. Le travail a abouti à des résultats homogènes malgré la diversité des patients et de leurs caractéristiques. Tous les participants aux différents entretiens ont formulé la demande systématique de connaître les résultats, cet argument signe la pertinence de l'étude.

V.2.2. Limites de l'étude

V.2.2.1. Biais de recrutement

Il existe un biais de sélection lié au recrutement. Afin de le limiter, nous donnions peu d'informations concernant le sujet de recherche. Dans ces conditions, le recrutement a été fastidieux : difficile de convaincre quelqu'un de participer, en soirée, pendant près de deux heures, dans un lieu neutre, avec des inconnus, sans connaître précisément le sujet, à une étude. Aussi a-t-il été nécessaire de solliciter un entourage proche, convaincu de l'éventuel désintérêt personnel, pour compléter les groupes afin d'obtenir un minimum de 10 participants.

Plusieurs médecins ont participé à l'étude. Bien qu'ils aient pu prendre leur position de patient potentiel, ils répondaient parfois en tant que médecin ce qui ne peut pas complètement correspondre aux avis attendus.

V.2.2.2. Biais de désirabilité

Bien qu'il s'agisse également d'une force de ce type d'étude, l'interaction de groupe présente des aspects négatifs. Il peut se dégager des normes de groupe mais aussi des sources de blocage par crainte d'un jugement. Il y a un risque de domination de certains participants au sein du groupe (leader d'opinion). Bien que l'animation limite ce risque, des participants sont parfois revenus sur leur première idée afin de correspondre davantage aux idées du groupe.

Au même titre, du fait du « bouche à oreille », certains participants se connaissaient. Étant donné le caractère intrusif de certaines questions, on peut imaginer que cela ait pu freiner l'expression de certains.

Conclusion

Notre question de recherche était d'identifier le regard que porte le patient sur le fait que le médecin ait recours à des ressources externes pendant la consultation. Afin d'y répondre, nous avons tout d'abord analysé plusieurs éléments qui pouvaient justifier ces comportements de recherche : les motifs de consultation, l'interlocuteur privilégié et ses moyens de mise à jour des connaissances. Puis nous avons identifié les outils de recherche utilisés pendant les consultations avant de recueillir les avis concernant cette attitude.

Notre étude a montré que les patients acceptaient volontiers que le médecin fasse une recherche en leur présence. Un comportement de recherche adapté et expliqué pourrait même avoir des vertus pédagogiques et permettrait d'investir davantage le patient dans sa prise en charge renforçant le lien de la relation médecin-patient. Les patients de moins de 40 ans semblent dorénavant ancrés dans une relation de partenariat et s'attendent à être davantage impliqués.

Les principales réserves concernent la première impression vécue par le patient. Sans explication claire, la recherche du médecin effectuée devant le patient peut paraître déstabilisante, inquiétante. Il apparaît nécessaire pour le médecin de bien identifier le point de vue de son interlocuteur, quelle que soit sa génération ou sa catégorie socio-professionnelle.

Nous avons également montré que les différentes ressources externes disponibles avaient toutes des avantages et des inconvénients validés par le patient et que, de fait, il était difficile d'identifier celle qui était la plus appréciée. Le smartphone, outil le plus moderne, a cependant encore du mal à se faire accepter, l'ignorance de ses avantages et l'omniprésence dans le quotidien semblent être à l'origine de la plupart des réticences.

Dans notre avant-propos nous émettions des réserves concernant les capacités qu'ont les médecins à trouver une information pertinente pendant la consultation. Dans notre étude, ce comportement n'est pas franchement identifié comme un obstacle, mais comme un signe de professionnalisme. Il pourrait être intéressant d'insister sur la confiance que génère cette pratique chez les patients envers leur praticien.

Pour conclure, l'étude tend à suggérer que la recherche, en partenariat avec le patient, pendant la consultation est un comportement indispensable à la nouvelle relation médecin-malade, à condition d'être expliquée au préalable.

Références bibliographiques

1. Boissier M-C. La confiance dans la relation médecin-malade. Commentaire. 2012;Numéro 139(3):799.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
3. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract*. déc 2017;18(1):79.
4. Graber ML, Kissam S, Payne VL, Meyer AND, Sorensen A, Lenfestey N, et al. Cognitive interventions to reduce diagnostic error: a narrative review. *BMJ Qual Saf*. juill 2012;21(7):535-57.
5. Pearson SD, Goldman L, Orav EJ, Guadagnoli E, Garcia TB, Johnson PA, et al. Triage decisions for emergency department patients with chest pain: do physicians' risk attitudes make the difference? *J Gen Intern Med*. oct 1995;10(10):557-64.
6. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. *JAMA*. 17 mai 2000;283(19):2579.
7. Tsiga E, Panagopoulou E. Risking your health while saving lives? In 2014.
8. Allison JJ, Kiefe CI, Cook EF, Gerrity MS, Orav EJ, Centor R. The Association of Physician Attitudes about Uncertainty and Risk Taking with Resource Use in a Medicare HMO. *Med Decis Making*. août 1998;18(3):320-9.
9. Usages des sources et supports d'information médicale chez les praticiens hospitalo-universitaires. Etude de cas à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon FRANCE.pdf. Mémoire de DEA présenté par Samuel TIETSE. 1997. [Internet]. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/61640-usages-des-sources-et-supports-d-information-medicale-chez-les-praticiens-hospitalo-universitaires-etude-de-cas-a-l-hopital-edouard-herriot-de-lyon-france.pdf>
10. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation. THÈSE D'ESTELLE AUBRY OCTRUC PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 OCTOBRE 2008. [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/octruc_these_information_mg.pdf
11. González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, et al. Information Needs and Information-Seeking Behavior of Primary Care Physicians. *Ann Fam Med*. juill 2007;5(4):345-52.
12. Coumou HCH, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. *J Med Libr Assoc*. janv 2006;94(1):55-60.
13. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco RE, Strasser SM. Physicians' Internet information-seeking behaviors: *J Contin Educ Health Prof*. 2004;24(1):31-8.
14. Léon É. Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité. 2 sept 2014;171.
15. Kahane S, Stutz E, Aliarzadeh B. Must we appear to be all-knowing? *Can Fam Physician*. juin 2011;57(6):e228-36.
16. Rémy Bousageon, Émeline Foucher, Caroline Huas, Benoît Tudrej, Cédric Rat, Denis Pouchain, et al. Les médecins généralistes lisent-ils les sources primaires d'information ? *Médecine*. 1 oct 2017;13(8):378-82.
17. Iii CHB, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed Decision Making in Outpatient Practice: Time to Get Back to Basics. *JAMA*. 22 déc 1999;282(24):2313-20.
18. Certification des sites internet santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 août 2019].

- Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602302/fr/certification-des-sites-internet-sante
19. Health On the Net fait la promotion d'une information de santé en ligne fiable et transparente grâce à la certification HONcode. [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/fr/>
 20. HONcode: Principes - Information de santé de confiance et de qualité [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.hon.ch/HONcode/Conduct_f.html
 21. Dupagne D. J'arrête le HONcode (1) [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.atoute.org/n/article152.html>
 22. Vers une évolution de la certification des sites santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
 23. Lecture critique d'article à l'examen national classant de 2009 : pour renforcer le pacte de confiance entre les médecins et leurs patients [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20100/lecture-critique-d-article-a-l-examen-national-classant-de-2009.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20100/lecture-critique-d-article-a-l-examen-national-classant-de-2009.html)
 24. Baromètre digital CESSIM: les résultats 2015 [Internet]. Fédération Nationale de l'Information Médicale. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.lafnim.com/actualites/barometre-digital-cessim-les-resultats-2015-57.htm>
 25. Foubert Q. Recherche d'informations médicales sur internet par les internes et médecins généralistes en France: des intentions à la pratique. :96.
 26. Perrin SC. Quels sites internet utilisent les médecins généralistes en consultation? Enquête de pratique auprès de 100 médecins généralistes libéraux installés en Gironde. :71.
 27. Letang T, Espitia F. Recherche d'informations médicales actualisées et validées sur internet: pratiques, difficultés et attentes des médecins généralistes français; revue systématique de la littérature. 2019;134.
 28. BAYLET R, GUYONNET J-P. Une médecine nouvelle en évolution et en transformation [Internet]. 2019 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02128634>
 29. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former? Revue de la littérature. :68.
 30. patient_internaute_revue_litterature.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
 31. débat CNOM mai 2010.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/d%C3%A9bat%20CNOM%20mai%202010.pdf>
 32. Weber J-C. L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade. Éthique Santé. 1 sept 2012;9(3):101-6.
 33. Ayonrinde O. Patients in cyberspace: information or confusion? Postgrad Med J. 1 août 1998;74(874):449-50.
 34. Etude des facteurs facilitateurs et freinateurs influençant la relation médecin-malade lors de l'évocation par le patient d'informations de santé prises sur Internet par Mademoiselle Anne FARIC. 2013 [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/234bf912-1529-43f3-9a15-5c773797492d>
 35. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient: étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. 2013;112.
 36. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1-24.
 37. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient–general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible

sur:

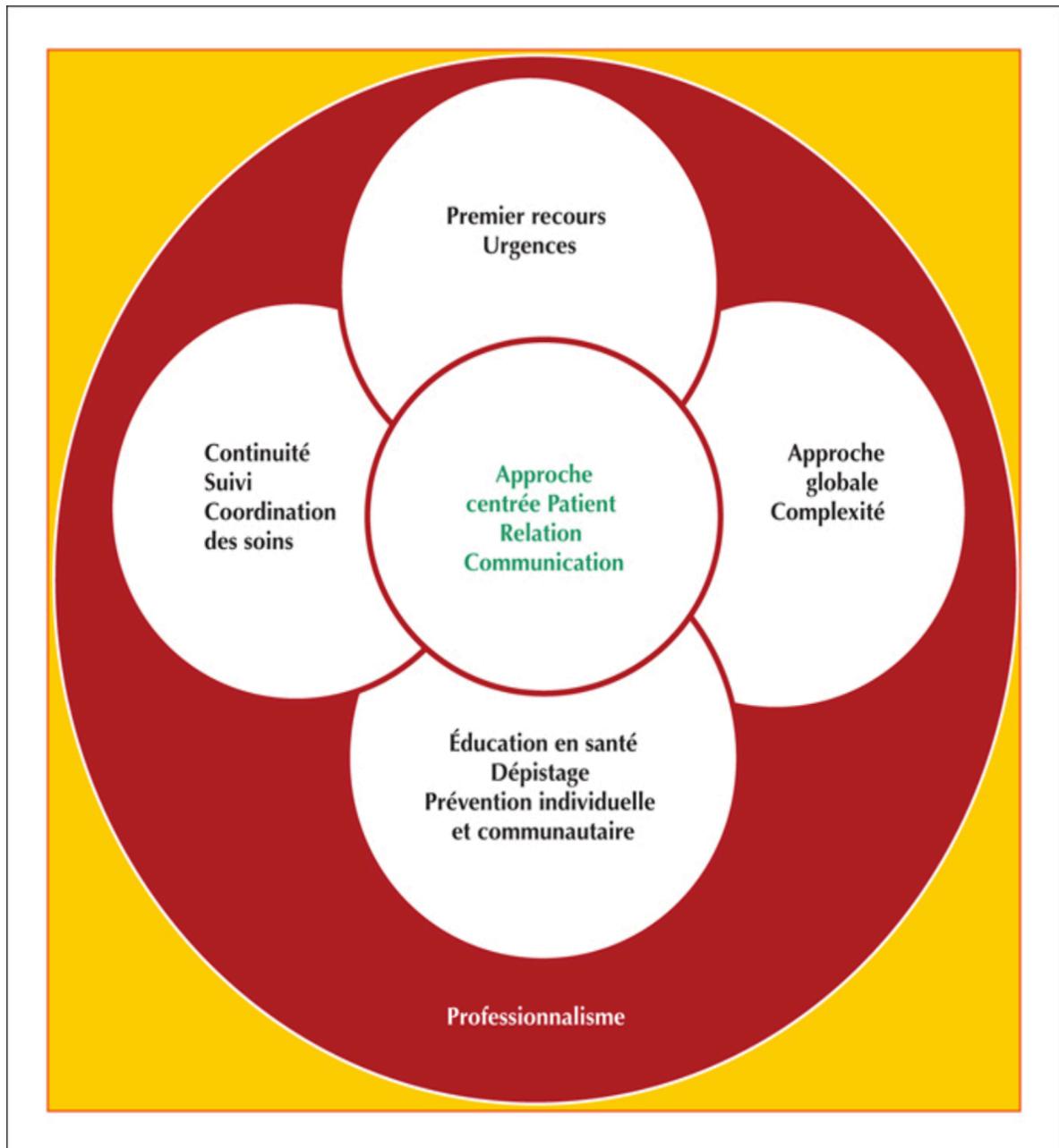
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0168851016302421?token=AEA56741DEFB6A4702F71F688A6A757FECA2EC04493E8529A9D28347CAB288544EE84D92FF4D110BA3E422DEE03CB645>

38. Silvestri C. Quelle est l'influence d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale? :143.
39. Bailleul L. POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE. :2.
40. Pérez-Santonja T, Gómez-Paredes L, Álvarez-Montero S, Cabello-Ballesteros L, Mombiela-Muruzabal MT. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria. SEMERGEN - Med Fam. avr 2017;43(3):175-81.
41. Mélissa S. PARTAGE D'UNE RECHERCHE FAITE SUR INTERNET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PENDANT LA CONSULTATION : LE VÉCU DES PATIENTS. :124.
42. Cocco AM, Zordan R, Taylor DM, Weiland TJ, Dilley SJ, Kant J, et al. Dr Google in the ED: searching for online health information by adult emergency department patients. Med J Aust. oct 2018;209(8):342-7.
43. Méadel C. Internet User-Patient(s), a Collective Adventure. In: Pailliant I, éditeur. New Territories in Health [Internet]. 1^{re} éd. Wiley; 2020 [cité 17 avr 2020]. p. 105-24. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119706731.ch6>
44. Résistance aux antibiotiques [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/résistance-aux-antibiotiques>
45. Etienne C, Pulcini C. Évaluation prospective des prescriptions antibiotiques d'un échantillon de médecins généralistes français. Presse Médicale. 1 mars 2015;44(3):e59-66.
46. Laurent Letrilliart,1 Irène Supper,1 Matthieu Schuers,2 David Darmon,3 Pascal Boulet,2, Madeleine Favre,4 Mad-Hélénie Guérin,5 Alain Mercier2. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale The ECOGEN study: elements of the consultation in general practice. 2014. (exercer 2014;114:148-57.).
47. Martínez García L, Sanabria AJ, García Alvarez E, Trujillo-Martín MM, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Kotzeva A, et al. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 4 nov 2014;186(16):1211-9.
48. Obligation triennale de DPC : seulement 38 % des médecins libéraux dans les clous mais forte hausse des inscriptions | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/recos-pratique/obligation-triennale-de-dpc-seulement-38-des-medecins-liberaux-dans-les-clous-mais-forte-hausse-des>
49. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie. :44.
50. Mays N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. BMJ. 8 juill 1995;311(6997):109-12.

Annexes

Annexe 1. Marguerite des compétences de médecine générale	67
Annexe 2. Exemple de flyer utilisé	68
Annexe 3. Guide d'entretien.....	69
Annexe 4. Fiche de recueil préalable	70
Annexe 5. Extrait de verbatim	71

Annexe 1. Marguerite des compétences de médecine générale



La relation médecin-patient

Jeune médecin remplaçant sur Brive, je réalise ma thèse d'exercice sur la relation médecin-patient en 2020. Dans le cadre de mon travail de recherche, je recueille des témoignages de patients.

Pour ce faire, j'organise un débat

**A la salle des fêtes de Saint-Julien-le-Petit
le jeudi 2 juillet 2020 à 19H30.**

Cette soirée, animée par ma directrice de thèse, Madame le Professeur Dumoitier, évoquera, entre autres, la transformation de cette relation via la démocratisation de l'accès aux informations médicales par le grand public.

Je remercie d'avance tous ceux qui me consacreront un peu de leur temps.



Pour faciliter l'organisation, je vous demanderais d'envoyer un mail à l'adresse habeovis@gmail.com pour simplement signaler votre présence

Annexe 3. Guide d'entretien

1. *Pourquoi consultez-vous un médecin ?*
2. *Qui consultez-vous ?*
3. *D'après-vous, comment votre médecin généraliste met-il à jour ses connaissances ?*
4. *Lui arrive-t-il de chercher un renseignement pendant la consultation ?
Si oui, comment s'y prend-il ?*
5. *Comment interprétez-vous cette démarche pendant la consultation ?*
✓ **Reformulation** : *Que pensez-vous de cette démarche pendant la consultation ?*
6. *Comment vivez-vous cette démarche pendant la consultation ?*
✓ **Reformulation** : *Faites-vous une différence entre les ressources utilisées :
smartphone, ordinateur de bureau, documents, avis de confrère... ?*

Annexe 4. Fiche de recueil préalable

- ✓ Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

- ✓ Quel est votre âge ?

- ✓ Quelle est votre profession ?

- ✓ Quel est votre lieu d'habitation ?
 - Commune de moins de 2 000 habitants
 - Commune de plus de 2 000 habitants

- ✓ Avez-vous des enfants ?

- ✓ Si oui, quel âge ont-ils ?

- ✓ Votre médecin généraliste est :
 - Un homme
 - Une femme

- ✓ Depuis combien de temps exerce-t-il la médecine ?

Si vous souhaitez connaître les conclusions de ce travail de thèse, nous pouvons vous les transmettre par mail.
Pour cela, merci de nous communiquer votre adresse mail :

.....
.....
.....

Merci de votre participation.

Annexe 5. Extrait de verbatim

(...)

Modérateur : Est-ce que, vous faites une différence entre les ressources externes utilisées par le médecin ? Par exemple, que pensez-vous d'un médecin qui utilise son smartphone pour faire sa recherche ?

Participant 24 : ce n'est pas choquant ! Ce n'est pas choquant parce qu'à l'heure actuelle les informations de plus en plus fines étant centralisées de plus en plus au niveau mondial, on peut imaginer que l'information qui va apporter la réponse sera de plus en plus fine, juste et précise. Dans l'idée, que ce soit l'ordinateur, la tablette ou le smartphone qui soient utilisées...c'est le même aboutissement de tout un système réseau.

Participant 34 : moi je ne suis pas d'accord. Pourquoi le toubib travaillerait avec son smartphone ?! Ce n'est quand même pas son outil ! Je ne vois pas pourquoi il utiliserait son smartphone pour aller chercher l'information. Il a bien son bureau !

Participant 26 : ba ça dépend, s'il est en consultation oui mais en visite ?!

Participant 34 : ah si elle au domicile...

Participant 22 : mais faut la 4G !

Participant 34 : en tout cas, au cabinet, de le voir sur son téléphone...

Participant 35 : alors moi je ne vois aucune différence. Tous les jours, autour de moi, mes enfants et petits-enfants ont les réponses précises et rapides et parfaites avec leur smartphone ! Je ne vois aucune différence entre les différentes ressources, franchement ça ne me gêne pas !

Participant 34 : moi c'est l'utilisation qui me gêne

Participant 35 : ba moi pas du tout ☺

Participant 26 : le problème, si c'est à son cabinet, je ne vois pas pourquoi il sortirait son téléphone ça c'est sûr. Par contre, si c'est à l'extérieur, à condition qu'il y ait du réseau, je trouve que oui, on a la même chose sur nos téléphones que sur Internet.

Modérateur : vous pensez qu'on peut trouver quoi sur les smartphones ?

Participant 26 : ba je ne sais pas c'est Internet, il y a tout dessus !

Participant 33 : Je voudrais juste rebondir sur ce qu'a dit EL. En fait, on en discute, ce qui le gêne aujourd'hui c'est que tout le monde a son téléphone dans la main et d'autant plus un médecin qui vient vous voir et qui l'a. Je pense que c'est surtout ça qui l'embête. Après comme dit participant 26 quand on est au domicile, c'est vite fait d'aller voir le dossier de la personne...

Participant 22 : moi je pense qu'au lieu de juger l'outil il faut surtout juger comment on l'utilise ; Peut-être qu'effectivement certains avec leur smartphone (ou autre chose) ont une mauvaise posture et ça peut être mal perçu par la personne en face. Quand on parle à quelqu'un et qu'il regarde son smartphone je trouve ça très mal poli. Un médecin qui, au lieu d'observer son patient, a les yeux rivés sur son téléphone, ça pourrait être gênant. Après s'il l'utilise justement pour aller chercher une information précise à un moment donné, en expliquant ce qu'il fait, je pense que, comme n'importe quel outil c'est quelque chose qui, bien utilisé, apporte un plus.

(...)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Influence du recours aux ressources externes pendant la consultation sur la relation médecin-malade

INTRODUCTION : Les ressources externes constitueraient des supports rapides d'accès pour une prise en charge adaptée. Seulement, leurs consultations devant le patient pourraient altérer la confiance de ce dernier sur le praticien. L'objectif de l'étude est d'identifier le regard que porte le patient sur ce comportement afin d'évaluer l'impact sur la relation médecin-patient. **MATERIEL ET METHODE** : Étude qualitative en théorisation ancrée, réalisée entre janvier 2018 et juillet 2020 en Limousin et menée, par des focus groupes de patients majeurs, à partir d'un guide d'entretien jusqu'à saturation des données. **RESULTATS** : Trente-sept patients ont été inclus lors de trois focus groupes. La recherche pendant la consultation est bien accueillie. Un comportement de recherche adapté et expliqué pourrait avoir des vertus pédagogiques et permettrait d'impliquer davantage le patient dans sa prise en charge. Les patients de moins de 40 ans semblent particulièrement demandeurs de la démarche. Aucun outil de recherche n'a été privilégié par les participants de l'étude. La plus-value du smartphone par rapport à l'ordinateur n'est pas identifiée. **CONCLUSION** : Le recours aux ressources externes pendant la consultation serait un bon moyen de maintenir le partenariat caractéristique de la nouvelle relation médecin-patient. Impliquer le patient dans le comportement de recherche renforcerait le professionnalisme du médecin.

Mots-clés : ressources externes, relation médecin-patient, comportement de recherche, consultation médicale, confiance et partenariat

Influence of the use of external resources during the consultation on the doctor-patient relationship

INTRODUCTION: External resources would be quick access media for appropriate support. However, their consultations in front of the patient could alter the patient's confidence in the practitioner. The objective of the study is to identify the patient's perception of this behavior in order to evaluate the impact on the doctor-patient relationship. **MATERIAL AND METHOD**: Qualitative study in anchored theory, carried out between January 2018 and July 2020 in Limousin (France) and conducted by focus groups of major patients, from an interview guide to data saturation. **RESULTS**: Thirty-seven patients were included in three focus groups. Research during the consultation was well received. Adapted and explained research behavior could have pedagogical virtues and would allow for greater patient involvement in their care. Patients under 40 years of age seem to be particularly demanding of the approach. No research tool was favored by the study participants. The added value of the smartphone compared to the computer was not identified. **CONCLUSION**: The use of external resources during the consultation would be a good way to maintain the partnership characteristic of the new physician-patient relationship. Involving the patient in research behavior would enhance the physician's professionalism.

Keywords: External resources, physician-patient relationship, research behavior, medical consultation, confidence and partnership

