

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON-SUD CHARLES MÉRIEUX

Année **2016**

N°273

LES RECOMMANDATIONS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
FREINS ET FACTEURS FAVORISANTS

*Étude qualitative menée auprès de 13 médecins généralistes en Rhône-Alpes
entre 2013 et 2016.*

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
soutenue publiquement le **29 novembre 2016**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Laurène JARLOT
Née le 16 février 1985 à Clamart (92)

Sous la Direction de Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

À Alexis
À Marie-Paule

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie

THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric
VIART-FERBER Chantal

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BREVET Marie
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

Pédiatrie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire

MILLAT Gilles

PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe

Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
FRIGGERI Arnaud
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Anesthésiologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BELLON Gabriel
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FABRY Jacques
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul

Physiologie
Pédiatrie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Epidémiologie
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury et Directeur de thèse : Monsieur le **Professeur Yves ZERBIB**,
Professeur des Universités - Médecine Générale, Médecin généraliste, Saint-Priest

Membre du Jury : Monsieur le **Professeur Cyrille COLIN**,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier Première Classe, Service Épidémiologie,
Économie de la santé et Prévention, Faculté de Médecine Lyon Est

Membre du Jury : Monsieur le **Professeur Nicolas FRANCK**,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier Première Classe, Service de Psychiatrie Adulte,
responsable du centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive,
Faculté de Médecine Lyon Sud.

Membre du Jury : Monsieur le **Docteur Georges CARRASCO**,
Médecin généraliste, à Joyeuse, Ardèche.

Remerciements aux Membres du Jury

À Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Voilà six ans que j'évolue à tes côtés. Tu as d'abord été mon tuteur lors de mon arrivée à Lyon pour l'internat puis tu as accepté d'être mon directeur de thèse. Finalement, tu me fais l'honneur d'être le Président de jury de cette thèse. Je te remercie pour tous les échanges que nous avons eus que ce soit lors des groupes d'échange de pratique ou lors des rendez vous de tutorat plus personnels. Tu m'as toujours soutenue dans mes choix. Je te remercie de la confiance que tu me témoignes et de l'attention que tu me portes.

À Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

C'est un plaisir de pouvoir vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Vous avez été disponible et bienveillant lors de mon invitation à participer à ce jury. Notre échange a été à la fois très agréable, instructif et le fruit de nombreuses réflexions : merci. L'apport de vos compétences en économie et en santé publique enrichit la qualité de ce jury. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Vos réflexions sur ce travail m'ont aidée à approfondir certaines idées. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir ma respectueuse gratitude.

À Monsieur le Docteur Georges CARRASCO

J'ai découvert la médecine générale à tes côtés lors de mon stage chez le praticien. Grâce à toi, j'ai su que la médecine générale était faite pour moi. Je t'en suis sincèrement reconnaissante. Merci pour ton apprentissage, ton expérience, tes réflexions, ton soutien, ton amitié. Merci de participer au jury de cette thèse dont tu entends parler depuis plus de trois ans.

Remerciements

À la faculté de médecine de Pierre et Marie Curie, la Pitié Salpêtrière, Paris.

Pour la qualité de son enseignement académique et de ses stages hospitaliers. Pour l'ouverture de la Bibliothèque Universitaire jusqu'à 23h. Pour les souvenirs du "parvis de la fac". Pour les amis que j'y ai trouvés. Merci pour les stages à l'étranger, en Gynécologie en Nouvelle Calédonie et en Oncologie au Pérou.

À la faculté de médecine Claude Bernard Lyon 1,

Pour la qualité de ses enseignements notamment pour les cours lors du stage chez le praticien, les séminaires, les groupes d'échange de pratiques, la variété des stages hospitaliers et ambulatoires. Merci de m'avoir permis de prendre des disponibilités au sein du cursus pour réaliser mes projets personnels. Merci au Département de Médecine Générale.

À l'ensemble des médecins qui ont contribué à ma formation

Madame le Docteur Véronique PAGLIAROLI (CHU Croix Rousse), merci pour ta confiance et la qualité de ton service. Monsieur le Docteur BUATIER et Monsieur le Docteur JACQUET-FRANCILLON (CHR Bourg-en-Bresse), Messieurs le Docteur CARRASCO, le Docteur CAMBUZAT et le Docteur PELLET (médecins généralistes en Ardèche), Madame le Docteur NOUCHI, Monsieur le Docteur DELORME et Monsieur le Docteur LAINE (généralistes à Lyon et sa périphérie)

Remerciements

À **Alexis**, je regrette tellement de ne pas avoir réussi à faire plus et mieux. Je n'oublierai jamais, 21 janvier 1987 - 23 janvier 2016.

À **Papa**, tu es parti très tôt et tu m'as toujours manqué, ta disparition a influencé ma vie et mon parcours de médecin. Prends soin d'Alexis.

À **Maman**, les mots ne sont pas suffisants pour exprimer mon amour et ma reconnaissance. Ta gentillesse, ta générosité, ton dévouement, ton amour ont accompagné ma vie. Tu es restée forte malgré les événements. Tu nous as toujours montré ce que c'est de prendre soin des gens. Merci de m'avoir fait confiance. Je suis devenue ce que je suis grâce à toi. Je t'aime très fort. Je suis heureuse que Laurent soit à tes côtés.

Grand Maman, tu as toujours été une grand-mère attentionnée, aimante et généreuse (peut-être un peu trop !). Je suis heureuse que tu sois auprès de nous.

Grand Papa, merci pour tout ce que tu m'as appris : l'importance du travail, la tradition, la gastronomie, le vin, les voyages. Merci d'avoir finalement compris mes choix, ton approbation fut un soulagement.

À **Sébastien**, le petit (pas si petit que ça n'est-ce pas ?). Je suis heureuse de cette belle relation fraternelle que nous avons construit. La vie renforce nos liens. J'aimerais partager encore plus de temps avec toi. Je serai toujours là pour toi. Merci à Manuela qui t'accompagne depuis ces quelques années.

À **Lætitia**, ma sœur comme j'ai toujours dit. Notre relation est unique. Nous nous comprenons souvent sans même avoir besoin de parler... Nous nous connaissons depuis toujours et avons vécu beaucoup de choses ensemble. Merci pour ces souvenirs d'enfance, d'adolescence et d'adulte ! Merci d'avoir donné naissance à Louis. La maternité te va si bien ! Et merci à Guillaume de te rendre heureuse. À vous 3....

À **Gilles**, de Neandertal à Homo sapiens, du big bang à la nanotechnologie ! La "colo de ski", les sorties vélo à Auriac... Et cette phrase qui m'a marquée : "Si tu ne tombes pas, c'est que tu ne progresses pas". Un beau père pas comme les autres dirons nous ! Tu me manques.

À **Sophie**, quel regret de ne pas t'avoir plus près de moi ! Plus de 12 ans que nous évoluons ensemble. Du parvis de la Pitié à la BU, de la sandwicherie à la conf, de la sous-colle à la bière. En Montagne, de la Grave, à Méribel, à Tignes, aux ski-fields de Nouvelle Zélande, tu es ma partenaire préférée !! De Wimereux à la Calédonie, au Pérou, au Cap Vert, au Brésil, au Maroc, et bientôt la Polynésie et la Laponie ? Continuons de faire de nos rêves des réalités... Merci pour cette amitié indescriptible et pour ton soutien pour tous les moments.

À **Mad** et **Mathilde**, pour les sous colles du 15ème, les pétages de plomb pendant l'externat, votre fidélité en amitié. Vous avez su toujours être là.

À **Cat** et **Emmanuelle**, quinze ans après Saint Martin, notre amitié est toujours aussi solide. Cat, je suis heureuse de te voir maman de Noah. Merci infiniment de m'avoir accueillie fin 2014. Manue, je suis heureuse de t'imaginer enfin près des montagnes (et pas loin de moi!)

Alexis, près de quinze ans que nous nous connaissons ! Des cercles amicaux des lycées parisiens, à la première année à la Salpé, au concours de l'internat, à Lyon pour un internat de médecine générale, jusqu'à ta thèse récemment et la mienne qui suit. Merci pour ta présence et ta fidélité en amitié. Félicitations pour votre jolie Olivia.

Guillaume, sur les bancs de la Salpé, au fond de l'amphi à droite, on se connaissait de vue. Puis nous nous sommes retrouvés en Ardèche pour un stage et grâce à ta motivation, nous avons continué à remplacer là-bas. Notre amitié grandit toujours. Merci pour ton écoute et ton pragmatisme !

Aux **Amis de la fac de Paris**, **Laurianne**, **Amandine**, **Cécile**, **Anne Laure**, **Cam**, **Xav**, **Nicouille**, **Seb**, **Paul**, **Elie**, **Bertrand**. Vous êtes une seconde famille. Entre les temps BU, les fêtes, les vacances, le ski... Bravo à tous " *T'as réussi ? Tu fais médecin ?* " Malgré les distances géographiques, nous sommes toujours aussi proches. Merci !

Aux **Salepeticarabins de Lyon**, les parisiens devenus lyonnais... ou redevenus parisiens pour certains! **Diane** et **Cédric**, **Mad** (et oui citée deux fois) et **Bastien** (bon on accepte l'Alsace), **Max** et **Sophie**, **Agathe** et **JB**, **Guillaume** (encore...) et **Anne So**, merci pour les petites soirées lyonnaises.

À **Marie Noëlle** et **Gérard**, merci de m'avoir accueillie dans votre famille comme si j'étais une de vos filles. Merci pour les repas du dimanche et les autres, les Noël, votre affection et votre gentillesse.

Aux internes de Lyon, **Alix**, tu es devenue une amie, merci pour toutes ces fêtes, ces discussions et ces parties de squash ! À **Charlène**, **Louis Thomas**, **Pierre David**, **Aude-Marie**, **Cécile**, **Marion**, **Silène**, **Amélie**, **Arnaud**.

À mes cousins et cousines, **Albane, Pauline** et **Thibaud**. Aux cousins du côté **Jarlot** et particulièrement à **François** qui nous rassemble.

À **Guillaume D**, on s'était juré qu'on serait généraliste quoi qu'il arriverait pour les résultats de l'internat. Nous avons tenu parole. **Marie**, nous avons appris à nous connaître sur Filou et les moments passés sur Lyon ensemble ont fait naître une jolie amitié. Merci pour ton soutien à notre retour.

À **Filou** et ceux qui ont participé à l'équipage. Merci pour ces moments privilégiés, extraordinaires et inoubliables. L'expérience d'une vie sur les flots, une vie différente qui fait réfléchir. Bordach, Rocky, Jambe, Caribou, Sylvain, Doro, Bobix, Manue, Elgé mais aussi Læti, Mad, Sof, Ju, Mac et minis Mac, Carole, Louis, Myriam, Claire, Bertrand, Marie, Loïc et le seau bleu.

Aux patients et à leurs histoires de vie.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ma thèse.

À Jean-Jacques Goldman et à Rocky.

À **Laurent**, merci pour tous ces moments heureux partagés ensemble et aussi pour ton soutien lors des moments difficiles vécus cette année. Nous surmontons les épreuves à deux et notre couple n'en est que renforcé. Merci d'être là.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire du médicament et des Produits de Santé

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

ICMJE : International Committee Medical Journal Editor

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires

LCA : Lecture Critique d'Article

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Recommandation de Bonne Pratique

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
Préambule	20
Définitions	23
Objectifs du travail.....	24
MÉTHODE	25
Méthode qualitative	25
Le canevas (Annexe 2)	26
Population étudiée.....	26
Enregistrement.....	27
Transcription des entretiens	27
Analyse des données	27
Méthode de recherche documentaire	28
RÉSULTATS	29
I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	29
II. FREINS À L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS.....	30
1. FREINS LIÉS AUX RECOMMANDATIONS	30
a. Adaptabilité à la Médecine générale.....	30
• <i>Liée au patient, à l'humain</i>	<i>30</i>
• <i>Liée à l'environnement</i>	<i>32</i>
• <i>Liée à l'exercice propre du généraliste.....</i>	<i>32</i>
• <i>Liée au système de soin</i>	<i>34</i>
b. Un problème de confiance.....	36
• <i>L'élaboration des recommandations par les spécialistes.....</i>	<i>36</i>
• <i>Financement par l'industrie pharmaceutique et conflits d'intérêts</i>	<i>36</i>
• <i>Manque de consensus</i>	<i>38</i>
• <i>Pertinence des critères de jugement des études.....</i>	<i>39</i>
• <i>Méthodes statistiques</i>	<i>39</i>
• <i>Lié à l'évolution des recommandations</i>	<i>39</i>
• <i>Lié à l'économie de la santé</i>	<i>41</i>
c. Quantité et complexité des informations	43
• <i>Accès difficile et nombreuses sources</i>	<i>43</i>
• <i>Quantité des informations</i>	<i>43</i>
d. Les freins liés à la thérapeutique	45
• <i>Examens et effets secondaires.....</i>	<i>45</i>
• <i>Galénique et présentation du traitement.....</i>	<i>45</i>
e. L'art et la science	46
• <i>Une science en évolution constante</i>	<i>46</i>
• <i>Manque de reproductibilité</i>	<i>46</i>
• <i>Des probabilités.....</i>	<i>46</i>
• <i>L'art médical</i>	<i>47</i>
2. FREINS LIÉS AUX MÉDECINS.....	49
a. Croyances personnelles	49
• <i>L'intuition.....</i>	<i>49</i>

• <i>Personnalité</i>	49
• <i>Pas d'accord</i>	50
• <i>Expériences</i>	51
• <i>Habitudes</i>	52
• <i>L'éthique et les croyances</i>	53
b. Le manque de temps	54
• <i>En consultation</i>	54
• <i>Pour la formation</i>	54
c. La relation médecin-patient	55
• <i>Relation de confiance</i>	55
• <i>Compromis</i>	55
• <i>Bon sens</i>	56
• <i>Motivation du médecin et exigences du patient</i>	58
d. Méconnaissance	61
e. Le doute et l'incertitude	62
• <i>Des patients tous différents</i>	62
• <i>Crainte des nouveautés</i>	63
• <i>Les interactions à prendre en compte</i>	63
• <i>Une forme de mise en échec des médecins</i>	64
3. LES FREINS LIÉS AUX PATIENTS	65
a. Les exigences et attentes	65
b. Les habitudes	66
c. L'environnement du patient	67
• <i>Lieu de vie</i>	67
• <i>L'environnement socio-familial</i>	67
d. Leurs croyances et culture	68
4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : LES BARRIÈRES	69
III. FACTEURS POSITIFS	72
1. FACTEURS FAVORISANT L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS	72
a. <i>Légitimité du soin</i>	72
b. <i>Sur le plan médico-légal</i>	74
c. <i>Limite la prescription</i>	74
d. <i>Satisfaction intellectuelle</i>	76
2. QUELLES SOLUTIONS ?	77
a. <i>Des outils</i>	77
b. <i>Contrôler et sanctionner</i>	77
c. <i>Délibéralisation de la médecine</i>	78
d. <i>Visiteurs médicaux</i>	78
e. <i>Les incitations financières</i>	79
f. <i>La place des médecines alternatives</i>	79
g. <i>Amélioration des critères</i>	80
h. <i>Prendre en compte les priorités du patient</i>	80
3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : FACTEURS FAVORISANTS ET SOLUTIONS	82
DISCUSSION	83
1. Limites et biais de l'étude	83

a.	Biais spécifiques d'une étude qualitative.....	83
b.	Biais liés au recueil de données.....	83
•	Biais de sélection.....	83
•	Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention et liés à sa profession.....	83
c.	Biais d'analyse et d'interprétation.....	84
d.	La validité interne de l'étude.....	84
2.	Le manque de confiance.....	85
a.	Les conflits d'intérêts.....	85
b.	Et à l'étranger ?.....	87
c.	L'EBM et les recommandations.....	89
d.	Economie et recommandations.....	90
3.	L'incertitude en médecine.....	92
4.	La négociation.....	95
5.	Discussion sur les solutions.....	96
a.	La rémunération à la performance sur objectifs de santé publique.....	96
b.	L'audit clinique avec retour d'information.....	98
c.	Les rappels au moment de la prescription.....	99
d.	Intérêt des exercices de groupe.....	99
e.	La visite "à domicile" ou visite "éducative".....	100
f.	Développement Professionnel Continu (DPC).....	101
g.	Un exemple de sanction efficace.....	102
h.	Quels rôles attribuer aux patients ?.....	103
i.	Discussion autour de l'approche systémique.....	104
	CONCLUSIONS.....	106
	BIBLIOGRAPHIE.....	109
	LES ANNEXES.....	115
	Annexe 1 : Tableau niveau de preuve et grade des recommandations.....	115
	Annexe 2 : Canevas d'entretien.....	116
	Annexe 3 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale, G. Bloy.....	118
	Annexe 4 : Indicateurs de la ROSP.....	120
	Annexe 5 : Les entretiens.....	121
	Entretien A.....	121
	Entretien B.....	131
	Entretien C.....	138
	Entretien D.....	146
	Entretien E.....	153
	Entretien F.....	163
	Entretien G.....	168
	Entretien H.....	172
	Entretien I.....	177
	Entretien J.....	184
	Entretien K.....	194
	Entretien L.....	200
	Entretien M.....	206

INTRODUCTION

Notre formation est basée sur les recommandations validées par la médecine des preuves de type Evidence Based Medicine (EBM). Le mot « recommandation » est un terme très employé par les jeunes médecins.

En effet, lors de la préparation de l'Examen Classant National, les étudiants en médecine prennent pour référence les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les collègues des disciplines, les conférences de consensus. À ce moment là, nous constatons que les différentes sources n'indiquent pas toujours les mêmes conduites à tenir. De plus, les étudiants sont formés à la Lecture Critique d'Article (LCA) à partir de 2008. La LCA apprend aux médecins à repérer les biais et à juger l'intérêt et la pertinence des articles scientifiques.

Puis l'internat de médecine générale débute par des stages hospitaliers (urgences, gynécologie, pédiatrie, médecine adulte). Le stage chez le praticien est réalisé en milieu ou en fin de cursus. Il est souvent suivi d'un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé), visant à acquérir de l'autonomie. Dès lors, nous sommes confrontés à une pratique de la médecine centrée sur le patient avec une prise en charge globale prenant en compte ses attentes, ses expériences, ses craintes. Ce n'est plus le traitement d'un symptôme, ni d'un motif, ni d'un organe. Nous avons en face de nous un être à part entière avec ce qui doit importer le plus, le bien être de la personne.

Les prescriptions deviennent alors différentes. Différentes des recommandations, différentes de celles que nous connaissons. Nous découvrons que les médecins généralistes ne suivent pas toujours les recommandations.

Au même moment, les scandales thérapeutiques et médiatiques concernant le Médiator® et les pilules de 3^{ème} génération éclatent. Tous ces éléments nous font nous poser cette question : pourquoi les médecins généralistes ne font pas toujours, de façon délibérée, ce que les instances de santé publiques préconisent ?

Par ailleurs, notre système de soins est dépendant de l'Assurance Maladie. La HAS est en lien étroit avec l'État. Aujourd'hui, les autorités de santé sont contraintes de réduire les coûts. Dans quelle mesure faut-il appliquer les recommandations issues finalement des pouvoirs publics qui ont des politiques claires de restriction budgétaires qui visent à l'amélioration de la santé dans sa globalité mais pas forcément à titre individuel ?

L'objectif principal de cette thèse est de mettre en évidence les freins à l'application des recommandations en médecine générale à l'aide d'une étude qualitative. L'objectif secondaire est d'explorer les facteurs favorisant leur application.

Préambule

Nous avons procédé à une revue de la littérature concernant notre sujet. En France, nous relevons plusieurs études concernant les difficultés à l'application des recommandations par les médecins généralistes et spécialistes.

Le diabète de type 2 est le support de plusieurs études à ce sujet. Le diabète de type 2 est une cible privilégiée : il s'agit d'une maladie fréquente, dont le coût pour la société est élevé, qui pose d'importants problèmes d'organisation du dispositif de soins pour lequel nous disposons de recommandations de pratique clinique mais insuffisamment appliquées.

Un article de Claude Attali est publié dans la revue du praticien en 2000 « **Comment réduire l'écart entre les recommandations et la réalité de la prise en charge des diabétiques de type 2** » (1). Il part du constat suivant : il existe une importante discordance entre les données actuelles de la science et les pratiques des médecins et s'interroge sur comment améliorer ces pratiques. Les freins à l'application des recommandations retenus sont liés à une organisation inadéquate du dispositif de soins (système de contrôle de l'exercice médical, le mode de rémunération des médecins, la disponibilité du plateau technique, la densité des ressources, le niveau de remboursement des patients) et les doutes des médecins quant à la superposition des populations étudiées à leurs patients. Il conclut que les médecins élaborent leurs propres stratégies thérapeutiques qui, pour l'essentiel, ne découlent pas des recommandations. Les médecins font un compromis entre la science et la culture ambiante. La relation avec le patient influence de façon déterminante la stratégie thérapeutique des médecins et ils sont amenés à aménager l'application des recommandations pour éviter l'émergence de difficultés dans la relation médecin-malade.

Une autre étude menée en 2006 "**Pourquoi les médecins généralistes n'observent ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques : exemple du diabète**" (2) s'intéresse à la persistance de la mauvaise application des recommandations par les généralistes. Cette équipe a réalisé une étude qualitative par entretiens de 19 médecins pour contribuer à l'élaboration des questionnaires pour mener une enquête quantitative. Ce travail montre que les RPC (Recommandations de Pratique Clinique) sont issues d'études EBM (Evidence Based Medicine) et sont des outils destinés à rationaliser des pratiques cliniques dans un double souci d'efficience et de qualité des soins. Les recommandations sont élaborées en fonction d'un objectif général et doivent être appliquées à des cas particuliers. Cela constitue un des freins à l'application des recommandations. Certains freins sont relatifs aux RPC (forme, thème, applicabilité, qualité scientifique), aux médecins (méconnaissance totale ou partielle du

contenu, caractéristiques psychologiques, sociodémographiques, économiques, et de la formation variable des médecins), à leur environnement humain (patients et les pairs) et organisationnels (structure de travail, contexte financier et matériel). C'est aussi probablement davantage dans les relations concrètes entre les patients et les médecins qu'il faut chercher les raisons de l'attitude des généralistes à l'égard des RPC.

Une étude réalisée en 2006 concernant **les représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes** (3) montre que 39 % des répondants estiment que les recommandations sont peu utiles. La majorité des médecins considèrent les recommandations comme un atout, à la fois comme outil et comme incitation, bien qu'ils les jugent difficiles à appliquer et qu'ils demandent à les améliorer.

L'application des recommandations est un problème soulevé par la HAS. Le guide « **Mise en œuvre des recommandations et évaluation de leur impact sur les pratiques** » (4) met en évidence certaines barrières à l'application des recommandations issues d'une revue de la littérature internationale. En 2007, moins d'une dizaine d'études avaient été réalisées en France sur l'impact des recommandations sur les pratiques alors qu'il y en avait plusieurs centaines relevées à l'étranger par le groupe EPOC (The Effective Practice and Organisation of Care) de la collaboration Cochrane (5)(6). Tout d'abord, les médecins reconnaissent une mauvaise connaissance des recommandations, due à un volume d'information trop important ou un manque de temps. Ensuite, ceux-ci ne se sentent pas en accord avec les recommandations que ce soit avec les RBP (Recommandations de Bonne Pratique) en général considérées trop rigides, biaisées, limitant l'autonomie ou avec une RBP particulière par manque de confiance dans le promoteur par exemple. Le médecin peut aussi manquer de motivation et avoir l'impression d'une inertie ou d'une routine. Les freins sont aussi en rapport avec les préférences des patients, un environnement peu propice avec un manque de moyens, des contraintes organisationnelles et la crainte de problèmes légaux. Les freins sont aussi en lien avec les recommandations elles mêmes selon leurs contradictions ou leurs caractéristiques.

En octobre 2009, la DRESS (La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) publie « **Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique** » (7). Six recommandations de bonne pratique sont retenues dans l'enquête en lien avec la médecine générale. L'analyse des opinions des médecins sur les RBP permet d'identifier trois groupes : les médecins « faiblement adhérents », ceux « moyennement adhérents » et ceux, majoritaires, « fortement adhérents ». Les « moyennement adhérents » représentent 33 % des médecins. Selon eux, les recommandations sont trop nombreuses, les

consulter prend trop de temps. 70 % pensent que leur contenu évolue trop rapidement, 60 % qu'elles ne permettent pas d'améliorer l'efficacité des soins, 70 % qu'elles sont parfois contradictoires et, enfin, 60 % qu'elles ne sont pas adaptées à la médecine générale de ville. Les médecins « fortement adhérents » sont les plus jeunes en moyenne, reflet possible d'un effet de génération et d'une évolution de la formation médicale initiale. La majorité des médecins souligne les difficultés à mettre en œuvre les RBP compte tenues des préférences de leurs patients.

Une thèse de sociologie concernant les « **Enjeux et usages de recommandations de bonne pratique – application à la médecine générale et à l'HTA** » (8) de C. Rolland soutenue en 2011 apporte les conclusions suivantes. Les professionnels de santé adhèrent globalement au fondement scientifique des recommandations de bonne pratique. Elle décrit des motifs de résistance notamment le sentiment de contrôle de leurs pratiques. Le rôle du patient est encore soulevé comme limitant l'application des recommandations. Ce travail mentionne également leur prolifération trop importante.

La HAS a publié un rapport concernant **le développement de la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses validées** (9) en avril 2011. Elle souligne les écarts entre recommandations et les pratiques de terrain (concernant la prise en charge de la dyslipidémie, du diabète de type 2 et de l'insomnie). Plusieurs freins sont cités dans ce rapport. En ce qui concerne les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées, l'offre de soins en terme de disponibilité et d'accessibilité fait défaut. Les médecins déclarent ressentir une pression du temps et ils craignent de perdre une partie de leur patientèle si l'ordonnance ne contient pas de médicament. Le modèle de rémunération actuel des médecins ne favorise pas l'émergence de ce type de prescription.

Un autre rapport de la HAS, en 2014, concernant l'évaluation des interventions pour la mise en œuvre des recommandations, précise que **les freins potentiels à l'utilisation des recommandations sont nombreux mais que les données disponibles concernant ces facteurs sont rares** (10). Dans ce contexte, nous avons décidé de les étudier à l'aide d'une enquête qualitative.

Définitions

Le terme « recommandation » est un terme large. La HAS (Haute Autorité de Santé) définit les « recommandations de bonne pratique » (RBP) dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations ».

La HAS est une autorité publique indépendante. Elle a succédé en 2005 à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé). La HAS a pour mission de contrôler les produits de santé, les pratiques professionnelles, l'organisation des soins et de la santé publique afin de maintenir une qualité du soin pour le plus grand nombre (11).

La HAS évalue d'un point de vue médical et économique (12) les produits, les actes, les prestations et les technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge.

Deux méthodes sont utilisées par la HAS pour élaborer des recommandations :

- la méthode Recommandations pour la pratique clinique
- la méthode Recommandation par consensus formalisé

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » est la méthode préférentielle. Cependant, la méthode de « Recommandations par consensus formalisé » est quelquefois nécessaire. Elle est utilisée de manière à synthétiser l'information dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, de données de faible niveau de preuve ou de données contradictoires. Finalement, elle conduit à ce que l'on appelle une recommandation sur « accord professionnel ».

La méthode de « recommandation par consensus formalisé » semble avoir remplacé la « conférence de consensus » (13) utilisée anciennement par l'ANAES.

Les RBP ciblent un nombre limité de questions concises, elles ne concernent que des facteurs clés d'une prise en charge optimale tenant compte du contexte et de l'environnement du patient et des professionnels de santé.

Les promoteurs des études pour l'établissement de recommandations de bonne pratique peuvent demander, s'ils le souhaitent, le label méthodologique de la HAS (14). Celui-ci est attribué en fin de projet par le Collège de la HAS, sur avis de la Commission Recommandation

de bonne pratique. En fonction de la qualité méthodologique et de la pertinence de la recommandation, la HAS autorise le label. Aucune étude réalisée ou financée par l'industrie pharmaceutique ne peut prétendre à ce label. Les RBP doivent être élaborées grâce à un financement externe à l'industrie pharmaceutique (gouvernement, associations professionnelles, organisations caritatives). Il doit être clairement indiqué que les opinions ou les intérêts des organismes de financement n'ont pas influencé les recommandations finales.

Les recommandations sont classées en différents niveaux. Le **Tableau niveau de preuve et grade de recommandation** (15) est en annexe. La HAS rappelle que cette gradation des recommandations ne présume pas obligatoirement du degré de force de ces recommandations. En effet, il peut exister des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts fortes malgré l'absence d'un appui scientifique. Des études ne sont pas toujours nécessaires pour considérer que certaines prises en charge sont validées par le temps ou l'expérience. Il ne serait pas éthique de tester certains médicaments ayant fait leurs preuves de leur efficacité dans le temps.

Parmi les autres instances publiques, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) a été créée en décembre 2011 et a fait suite progressivement à l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire du médicament et des Produits de Santé). L'ANSM a un rôle en ce qui concerne la pharmacovigilance. Elle délivre les autorisations de mise sur le marché (AMM) après avis de ses commissions. L'AMM concerne une indication, il peut donc y avoir plusieurs AMM pour un traitement.

Objectifs du travail

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les freins à l'application des recommandations en médecine générale. L'objectif secondaire est d'explorer les facteurs favorisant l'application des recommandations.

MÉTHODE

Question de recherche :

Quels sont les freins à l'application des recommandations en médecine générale ?

Hypothèse du travail :

Les recommandations ne sont pas toujours acceptées ou appliquées.

Objectifs du travail :

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les freins à l'application des recommandations.

L'objectif secondaire est d'explorer les facteurs favorisant leur application.

Méthode qualitative

La méthode qualitative semble la plus appropriée pour cette étude car on s'intéresse aux expériences individuelles et aux ressentis propres de ces médecins. Certaines motivations et sensations ne peuvent être considérées dans une étude quantitative.

Il existe trois grands types d'entretiens. L'entretien de groupe ou « focus group », l'entretien individuel : libre et semi-directif. L'entretien de groupe ne nous semble pas approprié à notre problématique. L'entretien de groupe ne permettrait pas de mettre en évidence les représentations des recommandations, car elles sont personnelles et modulées par l'exercice et le parcours de chaque médecin. C'est pourquoi nous privilégions l'entretien individuel. L'entretien individuel permet d'exprimer tous types de critères, si tant est que l'enquêteur ne soit pas identifié à un juge. Une fois l'entretien individuel retenu, le caractère semi-directif semble le plus pertinent pour explorer notre sujet. Nous construisons donc un canevas d'entretien. Le canevas d'entretien n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes, que l'enquêteur aborde dans un ordre ou un autre, selon le déroulement de l'entretien.

Le mémoire de recherche du stage chez le praticien nous a permis d'avoir une première approche du sujet. La construction du canevas d'entretien repose sur les éléments recueillis lors de ce mémoire combinés à une recherche bibliographique.

Pour notre travail, l'étude est réalisée auprès de 13 médecins généralistes. Ils sont installés ou remplaçants. Ils exercent en Ardèche ou à Lyon. Les entretiens effectués sont de type entretien individuel semi-dirigé. Cette étude se déroule de novembre 2013 à mars 2016.

Le canevas (Annexe 2)

La première partie du canevas porte sur la présentation générale du médecin interrogé avec ses particularités d'exercice.

La deuxième partie concerne les recommandations en théorie. Nous interrogeons le médecin sur la connaissance qu'il a des recommandations, les sources qu'il utilise pour se former et nous proposons de définir les recommandations.

La troisième partie s'intéresse à la mise en application des recommandations en pratique. En quoi les recommandations servent-elles ? Pour faciliter la fluidité des réponses, nous proposons de donner des exemples de situations pour essayer d'avoir des réponses objectives autant que possible.

La quatrième partie ouvre le débat sur "l'Evidence Based Medicine", la médecine fondée sur les preuves qui est la source de l'apprentissage des jeunes médecins. Les questions sont ouvertes autant que possible.

Population étudiée

Pour notre étude, l'objectif est de recueillir les avis et idées de personnalités différentes. En effet, le fondement de la recherche qualitative, est qu'un signe unique peut faire sens. Pour construire notre échantillon, nous sélectionnons des médecins aux profils variés afin de prendre en compte le maximum d'informations. Lors du choix de les intégrer dans l'étude, le sujet et la durée approximative des entretiens leur sont donnés. Les rendez vous sont fixés par téléphone dans leur cabinet, à domicile, ou dans un lieu public.

Le critère d'inclusion principal est d'être médecin généraliste installé ou remplaçant exerçant en Rhône Alpes et d'avoir une activité libérale.

Il apparait difficile lors d'une étude qualitative de calculer un nombre de sujets nécessaire. En effet, on ne peut formellement savoir à quel moment il existe une saturation de données. Nous réalisons des entretiens jusqu'à impression de saturation des données.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées sous la forme d'un tableau.

Enregistrement

Les entretiens sont enregistrés avec l'accord des médecins à l'aide d'un smartphone de marque Apple, modèle iPhone 4 ayant une application dictaphone intégrée. Ils sont ensuite retranscrits pour servir de base d'analyse. Les enregistrements sont détruits une fois le travail de recherche achevé.

Transcription des entretiens

La transcription intégrale permet de ne pas perdre de données, de faciliter le travail d'identification des catégories d'analyse. Elle peut entraîner la perte de certaines informations comme l'intonation, les pauses dans le discours, les émotions. Les entretiens sont anonymes. Certaines caractéristiques ne sont pas données notamment les lieux précis d'exercice pour le respect de l'anonymat. Les bruits parasites ou les silences et autres attitudes sont mis en italique. Dans l'analyse, lorsque nous citerons un passage, le caractère souligné sera celui sur lequel nous appuyons notre réflexion. Les retranscriptions se trouvent en annexe à la fin de l'ouvrage. Nous utilisons des lettres pour identifier chacun des médecins.

Analyse des données

Dans une première partie, nous réalisons une analyse descriptive des médecins interrogés. Les caractéristiques suivantes nous semblent pertinentes : l'âge, le sexe, le type et le lieu d'exercice.

Dans une deuxième partie, nous effectuons l'analyse des données en deux étapes. La première étape consiste en une lecture globale des entretiens afin d'en dégager les principaux messages. Cette analyse verticale sert à savoir ce qui a été répondu par un individu pour l'ensemble des messages abordés. La seconde étape a été une analyse thématique. Cette analyse horizontale a pour but de comprendre les réponses de chaque sujet pour un thème donné. L'objectif est de construire la théorie à partir des données recueillies. Ainsi, après des lectures répétées et transversales des entretiens, le texte est codé fragment par fragment et réarrangé en une liste de catégories.

Méthode de recherche documentaire

L'accès à la bibliothèque universitaire en ligne Lyon 1 permet une connexion aux bases de données bibliographiques automatisées, en particulier à Medline (Pub Med), au SUDOC ainsi qu'aux sources du CAIRN. Le site de la HAS (Haute Autorité de Santé) est une source d'information importante. Les premières recherches sur le sujet commencent au mois de juin 2013 pour l'élaboration de notre mémoire « Quelles sont les différentes motivations des médecins généralistes à prescrire hors des recommandations ».

Nous sélectionnons les articles et ouvrages nous paraissant pertinents dans le cadre de notre recherche. À partir de chaque article trouvé, nous analysons la bibliographie à la recherche d'articles complémentaires pertinents.

Les mots clés utilisés lors de la recherche sont :

« Prescription hors recommandation », « médecins généralistes », « prescriptions inadaptées », « freins aux recommandations », « prescriptions hors AMM », « EBM », « recommandations de bonne pratique », « recommandations HAS », « guidelines », « general practice », « follow guidelines ».

Le moteur de recherche est Google.

Nous lisons également des documents en ce qui concerne la façon de mener une étude qualitative (16).

La bibliographie est insérée dans la thèse grâce au logiciel Zotero.

RÉSULTATS

I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Nous avons réalisé treize entretiens de novembre 2013 à mars 2016. Une durée totale de six heures et vingt minutes a été enregistrée (soit 380 minutes) avec une durée moyenne d'enregistrement de 29 minutes par entretien. L'entretien le plus court dure 17 minutes, l'entretien le plus long 45 minutes. Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, à son domicile ou dans un lieu public.

Les médecins interrogés ont tous le titre de docteur en médecine à l'exception d'un. Sept sont installés et six sont remplaçants. Sept travaillent en milieu rural et six travaillent en milieu urbain. L'âge moyen est de 36 ans. Le médecin le plus âgé a 62 ans. Le plus jeune a 27 ans. Cinq médecins installés sur six travaillent en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Les médecins consultent en moyenne une vingtaine de patients par jour.

Les caractéristiques sont présentées sous forme d'un tableau

Médecin	genre	âge	lieu d'exercice	mode d'exercice	type d'exercice
A	masculin	36	rural	remplaçant	varié
B	masculin	30	rural	installé	MSP
C	masculin	55	rural	installé	MSP
D	féminin	31	urbain	remplaçant	seul
E	masculin	60	rural	installé	MSP
F	féminin	33	rural	installé	MSP
G	féminin	29	urbain	installé	groupe
H	masculin	28	urbain	remplaçant	varié
I	masculin	29	semi-rural	projet d'installation	groupe
J	féminin	30	semi-rural	projet d'installation	groupe
K	masculin	28	semi-rural	remplaçant	varié
L	masculin	62	urbain	installé	seul
M	masculin	27	rural	remplaçant	MSP

II. FREINS À L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

1. FREINS LIÉS AUX RECOMMANDATIONS

a. Adaptabilité à la Médecine générale

- *Liée au patient, à l'humain*

La médecine générale se différencie des médecines de spécialités d'organe car elle met en valeur le patient dans son **intégralité**. Les médecins généralistes ne sont pas confrontés à un organe, qui pourrait ressembler à un autre organe, mais à un **humain** avec toute sa **complexité**. Il semble nécessaire d'être souple et de s'adapter à l'individu qui se trouve en face d'eux. Le mot « s'adapter » est utilisé par tous les médecins interrogés. Le facteur humain semble être un des plus gros freins à l'application des recommandations en médecine générale.

Monsieur A : « le facteur humain est beaucoup trop complexe pour pouvoir considérer que c'est applicable à tout le monde. Pas possible. »

Monsieur I : « faut quand même adapter la situation aux patients... »

« (pour les spécialistes) quelque soit le patient, ça reste un cœur grosso modo, c'est ultra carré mais en médecine G on est quand même loin de tout ça, on a des gens... »

Monsieur H : « Et y a un coté humain, tu peux pas oublier le coté humain... »

Madame G : « c'est à adapter à la personne euh... Enfin personne ne rentre dans une case » « chaque personne ça va différer, c'est jamais exact, c'est jamais euh complètement vrai, comme ce qu'on lit dans les bouquins... »

Monsieur M : « ils font la recommandation pour la population générale après c'est à nous de l'adapter ... la recommandation on pourra l'appliquer dans 80% des patients » « le gros biais de l'EBM c'est de pouvoir superposer ta population d'étude à ta population de pratique »

Monsieur B : « l'humain il ne répond pas à des critères scientifiques (...) et la médecine (...) chaque situation est vraiment unique parce que tout le monde est différent »

La part **psychologique** est inéluctablement à prendre en compte en médecine générale. Les pathologies psycho-somatiques ont une place importante dans la pratique quotidienne. Les médecins estiment que les recommandations sont en lien avec la science mais que certaines pathologies ne peuvent pas être expliquées, du moins dans l'état actuel des connaissances.

Monsieur B : « *les limites, c'est notamment sur tous les problèmes somato-psychologiques où finalement le côté scientifique des choses n'apporte rien* »

Monsieur H : « *y a tellement de biais qui nous sont encore inconnus euh c'est difficile donc y a la part psychologique qui est quand même immense euh...* »

Monsieur C : « *Quand on est EBM, c'est super. Hélas, ça doit s'appliquer à même pas 10% de notre pratique. Parce que l'homme, il est compliqué, parce que ça n'a pas été prouvé (...)*»

En médecine générale, le patient peut avoir plusieurs pathologies et se présente au médecin avec des **priorités**, ce qui peut expliquer que certaines recommandations ne soient pas appliquées immédiatement mais le seront dans un deuxième temps. Les priorités du patient parfois priment.

Monsieur E : « *des problèmes (...) qui peuvent être éventuellement à 100 lieux des priorités de la personne* »

Madame F : « *c'est complètement illusoire de penser qu'on puisse suivre les recommandations à la lettre. Parce que justement une recommandation, c'est pour un patient type (...) à partir des études qui éliminent justement euh les diagnostics associés, les interactions, donc toi tu as jamais ça dans ton cabinet, tu as un patient avec tout le reste.* »

Il est nécessaire d'adapter les recommandations au patient. S'adapter est repris par tous les médecins. Il faut s'adapter à un humain avec toute sa complexité. Les recommandations ne peuvent pas toujours être appliquées à la lettre.

- ***Liée à l'environnement***

Les médecins en fonction de leur lieu d'exercice n'ont pas accès aux mêmes moyens. C'est évident en zone **rurale**. Plus les médecins sont isolés dans leur exercice, plus il paraît compliqué de respecter les délais impartis, les examens à réaliser, les avis à prendre. En fonction de l'accessibilité d'un examen ou d'un avis, il peut être impossible de le réaliser ou de l'obtenir.

Madame F : « *Les recommandations sont pas faites pour les gens qui exercent en zone rurale. Ça peut pas prendre en compte le contexte social, médical d'un patient.* » « *pouvoir prendre en compte le contexte médical social, et ton contexte d'exercice, si c'est en zone rurale, si c'est en période épidémique, tes disponibilités* »

Monsieur I : « *quand j'étais en Saône et Loire, avoir un scanner c'est une semaine de délai (...) donc tu le fais pas ...* »

En fonction du lieu d'exercice, certaines recommandations ne peuvent pas être appliquées en raison d'un manque d'accès (d'un examen, d'un avis spécialisé).

- ***Liée à l'exercice propre du généraliste***

La médecine générale pour les médecins généralistes est une **médecine à part**. Les médecins interrogés semblent tous d'accord pour dire qu'ils sont pour l'EBM mais que cela ne concerne qu'une petite partie de la pratique de la médecine générale. Le rapport au **patient** semble la clef d'une bonne consultation et comme Monsieur L le souligne, la recommandation « *fait partie de la négociation qu'on entreprend* »

Monsieur L : « *ça couvre qu'une toute petite partie de la médecine mais c'est pas mal* » « *l'essentiel de la médecine générale ça, y aura jamais de reco, il peut pas y avoir de reco sur euh comment parler aux gens, sur euh comment être avec les gens (...) la reco, fait partie de la négociation qu'on entreprend* »

« finalement il y a très peu de choses qui sont EBM validés surtout qu'en médecine nous, c'est souvent des petites questions complètement merdouillues, c'est des p'tits trucs, est ce qu'il vaut mieux faire ça ou ça, personne n'en sait rien. »

« alors le jour où la médecine générale sera complètement EBM bah on n'existera plus, c'est simple »

Monsieur C : *« Mais ça a à voir quand même avec une toute petite partie de la médecine. »*

Les médecins généralistes ne se sentent pas toujours **concernés** par les recommandations, estimant qu'elles sont surtout élaborées pour les médecins spécialistes.

Monsieur K : *« déjà faut qu'elles (les recommandations) me concernent »*

Monsieur C : *« les guidelines ne sont pas fait pour la médecine générale la plupart du temps. »*

Les recommandations sont considérées comme trop **simples**, n'intégrant pas toutes les dimensions d'une consultation de médecine générale. Elles sont décrites comme « reposantes intellectuellement », « simplistes », « binaires », « hyper limitées ». La consultation de médecine générale intègre les ressentis du patient, du médecin, de leur relation et des données de la science. Le médecin entreprend une « **négociation** » à partir de tous ces critères.

Monsieur E : *« ça va pas marcher parce que (...) c'est trop simpliste. (Avec les recommandations actuelles) on risque de passer complètement à coté de l'essentiel »*

Monsieur M : *« on n'est pas des machines »*

Monsieur B : *« ça ne s'applique pas forcément à toutes les situations cliniques »
« on perd le côté sympa de la médecine qui est de réfléchir et de prendre tous les éléments pour décider. Une recommandation, elle est très binaire très souvent. Elle est « colle à la reco, colle pas à la reco, si colle pas à la reco voir une autre reco ». Bon. Alors une fois sur quatre ça va, les patients on arrive à les faire coller là-dedans mais sinon c'est difficile »*

Madame D : *« ça me permet de moins réfléchir et de me dédouaner de faire la revue de la littérature »*

« les recommandations, c'est quand même hyper limité comme champs d'application »

Monsieur H : *« jongler un peu comme un chef d'orchestre entre toutes les recommandations (...) y a tellement de choses en même temps... »*

Monsieur C : *« tu suis des conduites à tenir, des guidelines, (...) et c'est très reposant intellectuellement »*

« Une consultation de médecine générale, c'est beaucoup plus compliqué qu'une consultation d'un cardiologue ou d'anesthésie, d'un rhumatologue, d'un pneumologue puisqu'en fait, il faut prendre en compte beaucoup plus de choses. Faut prendre en compte beaucoup plus l'entité du patient en général »

« les recommandations ne sont pas adaptées à la médecine générale »

Madame F : *« on essaie de les adapter, de les appliquer. Je les contourne pas, j'essaie de les adapter autant que possible » « Une recommandation, c'est une pathologie donnée ou un cas isolé. Donc après à nous de jongler avec. »*

Monsieur E : *« Je suis un petit peu hors la loi par rapport à la facilité de prendre une recommandation HAS »*

Les recommandations concernent une petite partie de la médecine et tendent à simplifier des conduites à tenir mais elles sont justement considérées comme trop réductrices, n'intégrant pas toutes les dimensions d'une consultation de médecine générale.

- ***Liée au système de soin***

Certains médecins évoquent des difficultés à l'application des recommandations en lien avec le dispositif de soins. Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge du patient. Il est en relation avec ses confrères de toutes spécialités. Les généralistes interrogés soulignent des difficultés à s'opposer à certaines prescriptions ordonnées par leurs confrères de différentes spécialités alors que ces prescriptions ne rentrent pas dans le cadre de la recommandation. Ils se sentent dans « l'obligation » de **reprendre la prescription** initiée par le médecin spécialiste d'organe. D'autant plus dans le contexte actuel où les spécialistes sont de moins en moins nombreux et disponibles pour avoir des avis, il leur semble primordial de conserver des relations de confiance et d'éviter de froisser leurs interlocuteurs principaux.

Madame J : « tu dépends toujours de ce que font les autres quoi... tu es pas juste toi tout seul » « c'est délicat d'aller lui dire (au spécialiste) euh je vous ai demandé votre avis mais je l'ai pas suivi mais du coup j'en ai besoin... » « tu arrives derrière tu peux pas tout changer » « c'est les spécialistes qui déconnent un peu » « quand tu vois que tous les diabéto en prescrivent tu te demandes d'où ça sort ? donc tu te dis bon bah la recommandation, elle sert pas à grand chose »

Monsieur L : « je prescrivais trop de Crestor® (...) qui était donné par mes correspondants cardio alors euh maintenant ça les énerve car je change systématiquement le Crestor® par autre chose »

Madame D : « médecins de l'HFME (...), ils voulaient pas faire ces recommandations là, parce qu'ils trouvaient que c'était aberrant... »

« j'ai essayé de la vento et ça l'améliore... ça c'est pas dans les reco et c'est la pédiatre (qui l'a prescrit)... »

La relation **confraternelle** a un poids important aussi entre les médecins remplaçants et les médecins remplacés. Il est délicat pour le remplaçant de modifier un traitement prescrit par le médecin remplacé. Entre le médecin remplacé et le médecin remplaçant, il existe comme une « hiérarchie » de type « employeur/employé » et cela pourrait être perçu comme irrespectueux de modifier le traitement. Toute changement de prescriptions peut être ressenti comme « une critique » et altérer les relations.

De plus, le médecin remplaçant n'est présent que ponctuellement. Les remplaçants expriment une certaine fatalité puisque le médecin installé peut modifier à nouveau l'ordonnance et reprendre le traitement initial.

Monsieur I : « quand tu es remplaçant souvent tu reconduis des traitements donc là je vais pas aller foutre la merde »

Monsieur H : « là, je me suis engueuler la semaine dernière parce que j'ai changé des médicaments »

Les recommandations peuvent ne pas être appliquées lorsqu'il s'agit de renouvellement de prescription initiée par un confrère. Le médecin généraliste est dépendant des autres acteurs du dispositif de soins et doit conserver de bons rapports confraternels.

b. Un problème de confiance

- ***L'élaboration des recommandations par les spécialistes***

Les praticiens de médecine générale pensent que les recommandations sont une affaire de **spécialistes** et que les généralistes n'interviennent pas au cours de leur élaboration.

Monsieur L : « *en général des gens qui participent aux reco (...) y a vraisemblablement pas assez de généralistes* »

Monsieur M : « *médecins spécialistes qui se regroupent et qui proposent en fonction de la littérature et de l'expérience des ... une recommandation de bonne pratique de spécialistes* » « *je suis pas sûr qu'il y ait des médecins généralistes* »

Madame D : « *c'est des spécialistes qui font les reco, il y a pas de médecins généralistes qui font des reco, faudrait des médecins généralistes qui fassent des reco sur des choses plus médecine générale* »

Monsieur C : « *Ça pourrait se faire et ça serait l'intérêt en médecine générale justement des recommandations faites par les médecins généralistes avec une population de médecine générale avec tout ce que ça implique d'hétérogénéité* »

Monsieur E : « *une approche beaucoup plus globale et pour laquelle finalement c'est moi-même qui crée avec le patient nos propres recommandations* »

Les généralistes estiment ne pas être suffisamment représentés dans l'élaboration des recommandations et qu'elles ne les concernent pas toujours.

- ***Financement par l'industrie pharmaceutique et conflits d'intérêts***

L'industrie pharmaceutique et les **conflits d'intérêts** avec différents scandales malheureusement récurrents font de plus en plus douter les médecins. Les études sont financées par l'industrie pharmaceutique dans le but de promouvoir un nouveau traitement. Il est difficile de concevoir que les résultats ne soient pas tournés à leur avantage.

Monsieur I : « *après faut pas être dans le complot big pharma mais c'est quand même un peu ça derrière, dans les pathologies chroniques que ce soit Alzheimer, le diabète c'est quand même des marchés pour l'industrie pharmaceutique qui sont énormes* » « *les reco sur la maladie d'Alzheimer elles ont été plus ou moins suspendues parce qu'il y a avait des conflits d'intérêts énormes, le diabète, ils en ont refait parce que c'était un peu louche* »

Madame F : « *on n'a pas toujours confiance dans toutes les études et tous les résultats qu'on nous annonce mais euh tu peux rien faire à ce moment là si tu as pas confiance en quelque chose* »

« *c'est vrai que j'ai jamais confiance en ce que je lis* »

Monsieur M : « *avec les biais qu'il peut y avoir et les conflits d'intérêts... »
« *parce que ils ont prouvé qu'ils avaient tous des conflits d'intérêts avec les nouveaux médicaments euh... (Soupir) voilà quoi...* »*

Monsieur B : « *ça se fait dans des salles obscures avec des dessous de table, je pense que ça se faisait à une époque* »

Madame D : « *un groupe d'experts, qui se rassemblent, qui ont des conflits d'intérêts et qui décident d'une prise en charge nationale d'une pathologie et donc elles sont discutables* » « *Professeur (...) qui me disait que tous ceux qui avaient fait les anciennes recommandations ils étaient tous pourris (...) ça veut dire avoir des conflits d'intérêts (...). Ils sont achetés.* »

Monsieur H : « *on est dans une médecine allopathique, basée sur des preuves euh, relativement fiables bien sûr avec quelques excès...* »

Les médecins interrogés estiment que ce sont les **les firmes pharmaceutiques** qui financent les études et l'élaboration des recommandations. Celles-ci sont dans l'obligation de réaliser des études pour pouvoir mettre sur le marché et vendre leur produit. Les résultats sont donc considérés comme biaisés et peu objectifs par les médecins.

Monsieur I : « *tu as un labo qui te finance, qui te finance tes recherches, ça peut pas être totalement objectif donc voilà moi je garde un œil critique* »

En revanche, Monsieur B semble penser qu'il y a une amélioration de la transparence dans la façon de réaliser les études et de leurs financements.

Monsieur B : « *le côté financier qui est peu moins malsain, l'industrie est moins présente dans toutes ces recommandations, il y a plus de lisibilité* »

Les liens étroits entre les recommandations et l'industrie pharmaceutique sont une des raisons pour lesquelles les médecins sont méfiants et n'appliquent pas les recommandations.

- ***Manque de consensus***

Les recommandations ne sont pas toutes élaborées par les mêmes instances. Il y a la HAS et les sociétés savantes. Il faut du temps pour que les recommandations **s'accordent** entre elles et d'ailleurs elles ne s'accordent pas toujours. Il semble évident que si les recommandations ne s'accordent pas entre elles, il est impossible pour le praticien de s'y retrouver et de respecter les recommandations.

Monsieur B : « *les recommandations actuelles, elles sont plus du tout adéquates par rapport à ce qui se fait et ce que recommandent les sociétés savantes euh qui sont beaucoup plus réactives* »

Madame D : « *je crois qu'elle recommande la kiné respiratoire alors que c'est polémique donc euh... voilà on sait que c'est des mauvaises recommandations* »

« *A l'HFME, ils font un test ventoline et si ça siffle plus après la ventoline, ils la laissent, sur toutes les bronchios...(contrairement à ce que dit la reco)* »

Monsieur C : « *(...) c'est des consensus de l'HAS, la Haute Autorité de Santé, sur lesquelles on peut aussi les contester facilement à partir de l'analyse d'études qui ont été faites* »

Les instances décisionnaires ne sont pas toutes d'accord sur certaines recommandations. Ce manque de consensus est générateur de confusion et explique aussi une mauvaise application des recommandations.

- ***Pertinence des critères de jugement des études***

Monsieur I : « *c'est pas ça qui est important quoi, ce qui est important c'est comment ton patient va, ce qui est important, c'est de maintenir son autonomie le plus possible, deux points de moins ou de plus sur le MMS euh on s'en fout. »
« *Souvent, c'est des critères intermédiaires »**

Il peut arriver que les médecins n'adhèrent pas à la recommandation car ils estiment que le critère de jugement n'est pas pertinent.

- ***Méthodes statistiques***

Pour certains praticiens, le fait que les études se basent sur des probabilités semble aggraver les réticences. Le fait que ce soit des probabilités signifie que **ce ne sont pas des certitudes** et que « leurs » patients peuvent sortir du lot et ne pas être dans les probabilités.

Madame D : « *on a une conduite à tenir en fonction des résultats de ces probabilités, on sait juste que c'est un peu mieux de faire ça que de faire autre chose, pourvu que ce soit un peu mieux...voilà »*

Monsieur C : « *Une recommandation, c'est élaboré à partir d'un outil statistique qui est une loi de gauss avec une comparaison donc c'est un outil qui est trop mathématique donc on arrive à la diversité et la diversité pour faire un outil puissant statistiquement c'est très difficile. »*

L'outil statistique utilisé pour faire des recommandations est remis en cause par certains. La recommandation issue de la probabilité pourrait selon ces derniers ne pas refléter la vérité.

- ***Lié à l'évolution des recommandations***

En fonction des périodes, les recommandations peuvent littéralement changer de courant (témoin de réactualisation de la science et d'une science en mouvement). Les recommandations perdent de leur crédibilité aux yeux des médecins quand elles sont modifiées

de façon importante ou quand elles évoluent de façon trop radicale. À l'échelle du praticien, il n'a pas la preuve de l'efficacité de faire d'une manière ou de l'autre. Les médecins gardent des précautions face à des **vérités admises à un moment** mais qui risquent de se modifier ou ne plus être valables un jour.

Monsieur A : « *la médecine est aussi une affaire de mode, y a des fois des recommandations qui prennent carrément le contre pied* »

« *à 10 ans d'écart, tu as un traitement ultra actif (concernant la bronchiolite), et aujourd'hui bah concrètement on fait rien. Et euh pourquoi en 10 ans, c'est un grand écart aussi important, moi ça me fait relativiser un petit peu sur ces recommandations.* » « *tu fais pas trop confiance parce que ça change radicalement... en fonction de la mode et tout ça.* »

Monsieur B : « *qu'il y a des choses qu'on pense savoir et peut être qu'on va se rendre compte qu'on se trompe (...)* » « *Il y a des choses qu'on croyait dures comme fer il y a trente ans et qui ne sont plus valables aujourd'hui* »

Madame D : « *Comme si c'était la parole de Dieu alors qu'au fond, je sais qu'elles vont changer (...) je me dis je fais ça mais ça changera peut être* »

Les jeunes médecins ont appris à lire des articles scientifiques. La LCA (Lecture critique d'article) devenue une épreuve à l'Examen National Classant pousse les médecins à réfléchir sur la validité des études et à détecter les biais, et donc à se méfier des résultats des études.

Monsieur K : « *ce qu'on a appris en LCA, il y a à critiquer certaines données scientifiques, et c'est important, faut pas non plus tout gober comme ça* »

L'évolution parfois rapide de certaines prises en charge fait douter des recommandations. Les jeunes médecins ont appris à lire des articles scientifiques et deviennent plus critiques.

- ***Lié à l'économie de la santé***

Les médecins sont soucieux des **économies** de santé à réaliser. Ils imaginent que le système de soins ne peut perdurer ainsi. Néanmoins, le fait que la santé soit influencée par des directives économiques rajoute de la méfiance quant aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. Elles ont un **objectif collectif** alors que le médecin face à son patient traite un individu.

L'Assurance Maladie établit des statistiques sur les prescriptions des médecins généralistes concernant certains critères. En fonction des résultats, le médecin perçoit une rémunération. En somme, une incitation financière à l'application des recommandations. Monsieur C constate que les **incitations financières** fonctionnent bien auprès de ses confrères mais il doute de la pertinence des critères sélectionnés.

Monsieur L : *« j'ai corrigé mes deux grosses tares aux yeux de la sécu et qui finalement étaient pas idiotes, je donnais beaucoup d'ARA2 en première intention et donc j'en donne plus, je suis revenu aux IEC comme est la recommandation, c'est moins cher... »*

Monsieur M : *« les vaccins faut pas rigoler avec, c'est de la santé publique, ils ont des chiffres enfin, c'est les recommandations qu'on va appliquer tout de suite »*

Monsieur C : *« il y a une incitation financière pour les médecins, malheureusement ça, ça marche très très bien. (Rire)»*

« pour faire appliquer les recommandations qu'elles choisissent et qui ne sont pas forcément les plus pertinentes. »

D'autres médecins, comme Monsieur H, considèrent que l'État s'imisce trop dans leur travail. Ce dernier se sent « fliqué », surveillé, comme si on lui enlevait une certaine liberté.

Monsieur H : *« Y a quand même des choses qui sont mises en place par l'État »*
« Pour l'instant on est fliqué que sur les médicaments »

Certains d'entre eux estiment que le système de soin est « répressif ». Monsieur E, s'estime « hors la loi ». Il y a beaucoup d'interdits qui ne semblent pas acceptables. Il en ressort comme un sentiment de **perte de contrôle**, de perte de **liberté**. Rappelons que Monsieur E, est

âgé de 60 ans lors de notre entretien et a eu l'habitude de travailler en campagne. Il a probablement été beaucoup plus « libre » dans son exercice antérieur.

Monsieur E : « *hors la loi* » « *notre système de santé est basé sur la peur, hein, sur des recommandations « faut pas faire ça » alors qu'on sait qu'on fonctionne pas comme ça... l'humain ne fonctionne pas comme ça* »

Monsieur H : « *On te dit qu'il y a ça, faut faire ça.* »

Monsieur E : « (...) *vous êtes que des généralistes vous faites ce qu'on vous dit et vous la fermez.* »

Certains médecins sont inquiets, Monsieur E, ne voit pas d'autres solutions que de modifier la façon de faire la médecine car celle que nous connaissons coûte trop chère et n'est plus viable.

Monsieur E : « *un échec qui coûte on n'a plus les moyens (...) ça coûte de plus en plus cher de toutes façons on n'a absolument plus les moyens et on est au bout du rouleau parce que de toutes façons on n'a plus les sous donc on peut plus y aller donc on est obligé de changer.* »

Comme nous disions précédemment les médecins interrogés sont sensibles aux dépenses de santé, aux coûts qu'ils génèrent « eux mêmes » pour la société. Monsieur C explique qu'il ne respecte pas certaines recommandations délibérément car dans certaines situations un traitement dit « de confort » permet de **limiter un arrêt de travail** qui coûte plus cher pour la société. La balance est en faveur de la non application de la recommandation.

Monsieur C : « *Est-ce qu'on n'a pas tendance à sortir de la recommandation (...), le mouchage, et aller faire autre chose pour éviter que ça continue à couler. Parce que on a un rôle dans la société (...) quelque part de réduire les coûts d'un arrêt de travail* »

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Les médecins sont sensibles à l'effort économique à réaliser pour la société. Certains médecins sortent de la recommandation pour limiter un arrêt de travail par exemple (plus onéreux qu'un traitement symptomatique).

c. Quantité et complexité des informations

- *Accès difficile et nombreuses sources*

Certains médecins considèrent qu'il existe trop de recommandations et qu'il est difficile d'en **faire le tri**. La majorité des patients interrogés considèrent que l'accès aux recommandations n'est pas aisé sauf Madame D. Le problème de la **diversité** des sources ainsi que l'absence d'outil centralisant les recommandations est évoqué.

Monsieur L : « *le médecin est obligé d'avoir une démarche positive c'est-à-dire qu'il doit aller chercher la reco* »

Madame D : « *Je vais sur internet et je tape sur Google mon sujet et HAS et puis ça tombe, c'est facile à trouver...* »

Monsieur K : « *elles sont difficiles à choper, y en a sur le site de l'HAS, y en a sur des sites de spécialistes, on n'est pas bien au courant enfin à moins d'aller vraiment faire un tour de tous les sites internet qui recensent les dernières recommandations, c'est difficile d'être à jour* »

Madame F : « *Une revue belge qui est très lisible, très accessible et très pratique quand tu cherches un truc, tu tombes dessus, tu sais que tu vas pouvoir l'utiliser et pas les françaises, tu cherches.* »

- *Quantité des informations*

La quantité d'information semble trop importante « à digérer ». Les recommandations sont considérées comme trop **nombreuses** et trop **longues**. Les médecins généralistes ont beaucoup de choses à savoir et se mettre à jour régulièrement semble difficile.

Madame D : « *mettre tout à jour, c'est pas possible* »

Madame G : « *on peut pas non plus nous tout savoir* » « *il n'y a rien d'exact et que c'est tout le temps nouveau* »

Monsieur H : « *Bah une recommandation de 150 pages, elle sera jamais lue euh une hyperspécialisation, trop de recommandations, si tu as trop de recommandations tu les lis pas, trop d'informations diverses* »

« *Y en a un peu trop des recommandations* »

Le grand nombre de publications a un effet négatif sur l'intérêt porté par les médecins. Il semble difficile pour les médecins interrogés d'en faire le tri et de consulter les plus pertinentes.

d. Les freins liés à la thérapeutique

- ***Examens et effets secondaires***

Un des freins retrouvés pendant nos entretiens est lié à la douleur ou au caractère invasif de certains examens. En fonction de la **pénibilité** de l'examen, le médecin est quelquefois amené à ne pas prescrire l'examen et à « temporiser ».

Madame G : « *l'injection là, je suis pas toujours pour. Quand y a une petite contrainte de réalisation et pour le patient »*

« *je trouve que c'est douloureux, ça en vaut pas la peine tout de suite. On peut commencer par ça et puis après on voit »*

« *Parfois, ils peuvent proposer des examens un peu invasifs euh tout de suite »*

- ***Galénique et présentation du traitement***

Certains médicaments ont une présentation plus **complexe** que d'autres. Le nombre de prises par jour (deux prises au lieu de trois par exemple) ou la difficulté de tomber sur un compte juste pour obtenir la bonne posologie peut faire contourner une recommandation parce qu'un autre médicament est d'utilisation plus simple.

Monsieur K : « *Euh la galénique, la posologie »*

« *je tombe pas sur un compte juste, en plus il faudra en donner trois fois par jour, c'est pas tout à fait la même dose, ça convient pas. Je vais plutôt me tourner vers le Cefpodoxime qui propose une galénique plus adaptée avec des doses poids et donc ce sera beaucoup plus pratique à la fois pour moi à la fois pour les parents enfin voilà. »*

e. L'art et la science

- ***Une science en évolution constante***

La médecine est considérée comme une science mais pas comme une science exacte parce qu'elle est en **mouvement constant**, ce qui est vrai à un moment ne l'est plus après, elle ne cesse d'évoluer.

Madame J : « *Parce que ça évolue tout le temps* »

Monsieur K : « *c'est amené à évoluer comme toutes sciences donc voilà les recommandations évoluent* »

- ***Manque de reproductibilité***

Le manque de **reproductibilité** due à la variable humaine est un des éléments de justification.

Monsieur A : « *c'est pas une science reproductible, un patient à un autre que euh euh le facteur humain est beaucoup trop complexe pour pouvoir considérer que c'est applicable à tout le monde.* »

Monsieur K : « *c'est pas une science exacte parce qu'il y a la variable humaine* »

Monsieur L : « *La médecine n'est pas une science parce qu'elle s'applique à quelque chose qui est de l'ordre du vivant et que la complexité du vivant est telle qu'on ne peut pas euh théoriser tout le vivant.* »

- ***Des probabilités***

Madame D :

« *la médecine c'est que de la probabilité... c'est pas une science exacte.* »

- ***L'art médical***

La médecine en tant que science est mise en parallèle à l'art médical, notion à laquelle les médecins sont très attachés.

Monsieur B : « *on se sert de ses mains, on se sert de ses oreilles, on se sert de ses yeux, ah c'est un art quelque part la médecine* »

« *La médecine peut être considérée comme un art parce que (...) il faut avoir du feeling, faut ressentir certaines situations, les gens* »

Monsieur I : « *en médecine générale (...) il y a une part d'art médical on va dire enfin, il faut, t'es obligé de t'adapter* »

La pratique de la médecine générale est considérée comme un art pour sa **complexité** et la multitude de facteurs à prendre en compte. La médecine a des **limites** et des **inconnues**.

Monsieur C : « *c'est que la médecine générale, ça peut être considéré un peu comme un art dans lequel tu prends en compte ce que te dit le patient, ce que tu connais de la science, tes connaissances à toi et ce qui euh ce que tu peux faire avec les moyens qui sont mis à ta disposition, c'est pas du tout la même chose que dans la médecine hospitalière.* »

Monsieur H : « *la médecine essaye de se rapprocher d'une science exacte mais il y a tellement de biais qui nous sont encore inconnus* »

Madame J : « *tu peux pas juste dire aux gens qu'il y a rien et qu'il y a juste rien à faire (...) tu peux pas non plus leur dire « j'ai rien à faire »* »

Nous n'expliquons pas tout et nous ne savons pas tout traiter. Il y a une place pour l'art médical car il y a de **l'ignorance** dans la médecine. Certains estiment que leur action n'a pas toujours de sens ou de valeur et que finalement la **nature** fait bien les choses.

Monsieur C : « *art médical parce qu'on ignore encore les moyens de pouvoir les faire* »

L'art médical est ici nommé « théâtre » ou « magie ». Monsieur L estime que nous sommes à la frontière entre le monde rationnel et le monde moins raisonnable, plus magique, plus **irrationnel**.

Monsieur L : « *on fait soit des choses qui sont algorithmiques, rationnelles, raisonnables, voilà, en général c'est pour vendre des médocs et puis tout le reste c'est de la magie, c'est du théâtre, on est bon magicien, bon ou mauvais acteur, ça ça peut pas être EBM* » « *un monde totalement raisonnable est un monde strictement impossible, heureusement.* »

Ces raisonnements laissent la place à d'autres formes de médecine. Il existe beaucoup de pratiques alternatives, elles trouvent toujours leur place et continuent à se développer.

Monsieur H : « *la place à la médecine alternative même si elle est moins prouvée, plus dans la prévention parce que notre médecine, elle, fait plus ses preuves dans la guérison et pas dans la prévention.* »

La médecine n'est pas considérée comme une science exacte parce qu'elle est en mouvement constant, ce qui est vrai à un moment ne l'est plus après, elle ne cesse d'évoluer. La médecine générale est considérée comme un art pour sa complexité et la multitude de facteurs à prendre en compte. L'art médical est défini par des termes tels « théâtre » ou « magie ». Les généralistes sont à la frontière entre le monde rationnel et le monde moins raisonnable, plus magique, plus irrationnel. Ceci expliquerait l'utilisation importante des thérapeutiques alternatives de la part des patients et de certains médecins.

2. FREINS LIÉS AUX MÉDECINS

a. Croyances personnelles

- ***L'intuition***

Les médecins font confiance à leur intuition, leur instinct, leur ressenti. L'intuition est la connaissance directe, immédiate de la vérité, sans recours au raisonnement, à l'expérience. C'est le sentiment **irraisonné**, non vérifiable qu'un événement va se produire, que quelque chose existe. Les mécanismes intuitifs ne sont pas simples à mettre en évidence.

Monsieur B : « *il faut avoir du feeling, faut ressentir certaines situations* »

Monsieur I : « *y a une part de feeling je pense qui est énorme* »

Monsieur L : « *je suis plus dans les choses très intuitives, très euh très euh voilà. Disons que je fais confiance à mon "flair"* »

Monsieur A : « *petite pate du praticien, petit nez creux du mec qui a de l'expérience, qui va sortir de sa boîte magique euh un truc qui est absolument pas reco. Ça va marcher. T'en sais rien, mais c'est comme ça, et ça c'est pas prouvable, c'est pas scientifique.* »

- ***Personnalité***

Le médecin est **humain**. Il a sa propre personnalité, certains en influencent d'autres. Le médecin est un conseiller, il lui arrive de donner des **ordres** par les « ordonnances ».

Monsieur A : « *on se croit un peu meilleur que les autres et du coup euh bah, que pour des raisons probablement un peu d'ego bah non, moi, je suis pas d'accord avec ces reco parce que je pense que c'est de la merde, je pense qu'il y a un peu de ça et que tu te crois un peu plus malin en faisant comme avant ou en faisant un peu différemment.* »

Monsieur B : « *moi, on m'a jamais appris ça mais il a l'air tellement sûr de lui, quand il l'explique que tu as envie d'y croire* »

Madame J : « *notre expérience personnelle, éventuellement, celle de certains médecins qu'on côtoie, (...) parfois je pense c'est difficile d'aller contre ça* »

Les médecins ayant de fortes personnalités peuvent influencer d'autres médecins de leurs croyances et limiter l'application de certaines recommandations.

- ***Pas d'accord***

Certains doivent par esprit de **contradiction**, ne pas être d'accord quelquefois de manière inconsciente. Cela ne s'explique pas toujours.

Madame D : « *eux, ils ont leur idée du sujet, leur connaissance et ils trouvent que les recommandations sont pas forcément euh meilleures que, ce que eux sont en train de faire. Du coup, ils veulent pas l'appliquer parce que même si on leur explique et qu'ils sont d'accord pour les écouter, bah ils ne seront pas d'accord pour les appliquer.* »

Monsieur I : « *je crois que c'est le traitement qu'ils disent en première intention et moi ça, je le donne pas, je me dis quinolones en première intention. Je le prescris pas, parce que dans mon esprit, j'ai vu qu'il y a deux ans y avait eu une alerte de l'AFSSAPS ou je sais pas quoi* »

Madame J : « *voilà, moi je regarde surtout Prescrire et quand je suis pas trop d'accord bah je fais pas ce qu'ils disent* »

Médecin A : « *Des fois, t'es pas d'accord alors tu as envie de faire comme à l'habitude.* »

Les désaccords avec les recommandations sont en lien avec leurs croyances personnelles, des éléments qui ne sont pas toujours explicables de façon rationnelle. Cela fait intervenir toute la complexité des interactions entre les expériences, les croyances, les souvenirs conscients et inconscients. Les mécanismes intuitifs ne sont pas simples à mettre en évidence.

- **Expériences**

L'expérience du médecin est un élément abordé de nombreuses fois par les médecins pour expliquer pourquoi ils n'appliquent pas les recommandations. Ils considèrent que leur **pratique fonctionne et n'est pas nocive**.

Médecin A : « j'ai une réponse personnelle parce que j'ai déjà pris en charge telle ou telle chose et que, jusqu'à présent, j'ai jamais eu un retour négatif de patient sur ça, bah je fais un peu comme j'ai eu l'habitude de faire jusqu'à présent. »

Monsieur L : « l'idée d'aller apprendre quelque chose pour ce qu'il me reste de boulot euh pfff..., je vis sur mes acquis et je m'en porte pas plus mal. »

Madame J : « Quand on a l'impression que ce qu'on a toujours fait marche bien, on n'a pas envie d'essayer quelque chose, qui, où on a l'impression que ça ne marchera pas. »

Devant des **sentiments d'échecs**, certains modifient clairement leur façon de faire les choses et sortent délibérément des cadres.

Médecin A : « ton mec, il revient en disant « (...) ça marche pas » ! Du coup tu es obligé de faire ta petite recette »

Madame D : « je me mets presque à douter... parce que, il y a des gens (...) qui prennent des antibiotiques et bien sûr ça va mieux après (...) là je commence à en mettre et j'en mettrai beaucoup plus que ce que j'en mets maintenant. »

Monsieur I : « j'avais eu un ou deux échecs d'antibiothérapie avec de la Nitrofurantoïne (...) ça joue forcément sur ta pratique quoi »

« Donc voilà, après il y a aussi le vécu (...) Parce que euh, j'ai eu cette mésaventure qui m'a un peu refroidit »

Parmi les médecins interrogés, les plus jeunes d'entre eux sont davantage attachés à l'application des recommandations mais dans leur discours on a l'impression que **l'expérience leur permet de s'en éloigner**.

Monsieur B : « qu'il faut avoir un minimum d'expérience pour pouvoir dire je vais pas suivre une recommandation »

Monsieur M : « quand on a de l'expérience, c'est plus facile de s'en éloigner et savoir quand s'en éloigner »

Madame D : « des vieux médecins et qu'ils ont leurs idées, leurs connaissances et qu'ils n'ont pas forcément besoin de ces recommandations justement. »

Monsieur K : « plus j'ai d'expérience, (...) plus j'ai tendance à devenir souple avec les patients euh moins j'ai de choses à leur prouver »

Madame G : « chacun adapte sa pratique à ses patients je pense et à son expérience surtout »

Madame J : « je pense que c'est difficile d'aller contre son expérience. »

Madame D : « au début j'étais vraiment hyper attachée aux recommandations et que là j'y suis déjà beaucoup moins, et que, je pense que, au bout de 20 ans de pratique, je le serais encore moins. »

L'expérience permet aux médecins de se détacher des recommandations.

- **Habitudes**

Une routine s'installe dans la pratique quotidienne. Les résultats attendus par une modification dans leur pratique ne sont pas assez visibles. Il est plus simple de faire comme d'habitude.

Monsieur C : « ça fait vingt ans que je fais comme ça et ça ne m'a jamais... j'ai jamais eu de problème. »

Médecin A : « tu as envie de faire comme à l'habitude. »

Madame G : « on s'est fait sa propre idée et donc on pense pas toujours à se remettre à jour et à suivre les derniers trucs. On a l'habitude de faire d'une certaine façon, ça marche, on reste là dessus »

Médecin E : « Mais pour le reste, euh pas tellement, je suis plus maintenant sur mes propres recommandations »

Les médecins se contentent de leurs habitudes acquises plus jeunes. Une forme de routine s'installe dans leur exercice.

- ***L'éthique et les croyances***

Les débats autour de la vie et de la mort ont toujours été polémiques (l'interruption volontaire de grossesse, la fin de vie, la procréation médicalement assistée). Ce sont souvent des sujets qui nécessitent souvent l'intervention de **comités d'éthiques**. En fonction de ses **représentations de la vie et de la mort**, le médecin peut être amené à faire différemment de ce qu'il devrait faire. Cependant aucun des médecins interrogés ne se trouvent dans ce cas de figure.

Monsieur H : « *certains ne pratiquent pas l'IVG et qui ne prescrivent pas un dépistage, euh ça se serait une considération éthique si c'était mon cas, ne pas l'appliquer, euh qui pourrait me freiner.* »

Les médecins généralistes, avec l'expérience, se détachent progressivement du cadre des recommandations. Les médecins ont leurs habitudes. Ils ne sont pas toujours prêts à les modifier quand ils estiment que leurs pratiques ne posent pas de problème. Certains modifient radicalement leur façon de faire les choses en fonction du vécu.

b. Le manque de temps

- ***En consultation***

Le manque de temps apparaît comme un frein à l'application des recommandations. Il faut **justifier** au patient l'application de la recommandation et cela prend plus de temps que de lui **donner ce qu'il souhaite**. La salle d'attente pleine, le médecin ne prend pas le temps d'expliquer et va au plus vite.

Madame K : « *ça dépend parfois du temps que j'ai pour expliquer aux gens la recommandation et les faire changer d'habitude. Bah ça prend du temps, euh parfois, on l'a pas forcément* »

- ***Pour la formation***

Les médecins ont l'impression aussi de manquer de temps pour se former. S'ils ne connaissent pas les recommandations, ils ne peuvent pas les appliquer. Le fait de devoir se former en plus des consultations représente une réelle **difficulté**. L'obligation de se former n'a cependant pas été évoquée lors des entretiens.

Monsieur A : « *l'énorme challenge dans notre métier de généraliste, c'est d'être au taquet tout le temps sur tout... t'es censé quand même voir tes patients au cabinet la journée et c'est pas pendant ce temps que tu peux te former* »

« *il faut se former sur ton temps libre* »

« *c'est un aveu de faiblesse de pas pouvoir euh bah passer tout le temps nécessaire pour être tout le temps au taquet sur tout* »

Monsieur B : « *j'ai pas le temps de les lire, peut-être que j'ai pas envie non plus de les lire le soir.* »

Madame D : « *Après l'autre problème (...) de prendre le temps de les lire* » « *c'est sûr qu'il faut du temps pour les lire* »

Monsieur H : « *Faut du temps...* » « *je vais de principe l'appliquer mais la question c'est, est ce que je vais avoir le temps de la lire ou non ?* »

Monsieur L : « *La paresse des médecins, le manque de temps euh pff..., le fait que le médecin est obligé d'avoir une démarche positive* »

Les médecins semblent manquer de temps lorsqu'ils sont dans le flot des consultations pour faire changer les habitudes des patients. Certains ont l'honnêteté de dire qu'ils ont la flemme de se former en dehors du travail et qu'ils ne sont pas motivés. La consultation se déroule souvent autour d'une négociation et selon le manque d'énergie ou d'autorité du médecin, quelques fois, il capitule. En appliquant certaines recommandations, ils peuvent avoir l'impression de perdre de la crédibilité auprès des patients.

c. La relation médecin-patient

- ***Relation de confiance***

La consultation s'articule autour de la relation médecin-patient. Comme si dans les discours, l'expertise médicale, la science venait dans un second plan. Ce qui prime, c'est la **relation** entre les deux individus. Si la **confiance** est installée, elle semble gage d'une meilleure prise en charge.

Monsieur I : « *la relation avec tes patients elle est quand même centrale dans la consultation* »

Monsieur L : « *on met des cases pour tout mais on est toujours pas avancé dans la relation avec le patient, ça l'aide pas* »

- ***Compromis***

La relation entre le médecin et le patient est faite de compromis dans un sens mais aussi dans l'autre. Selon les médecins interrogés, il vaut mieux faire des compromis et avoir une bonne **adhésion thérapeutique** plutôt que d'appliquer une recommandation qui ne plaira pas au patient avec le risque de perdre l'alliance thérapeutique.

Monsieur K : « *vaut mieux faire un peu des concessions et aller dans le sens du patient (...) de façon à obtenir une bonne adhésion thérapeutique »*

Monsieur K : « *(la patiente) risque de pas prendre son traitement si on prescrit de l'Amoxicilline, bah faut peut être mieux la mettre sous Cefpodoxime parce qu'on est sur d'avoir une meilleure observance » « *il y a des ajustements quoi* »*

Monsieur A : « *arrondir les angles, être conciliant »*

Le patient apprécie le médecin conciliant. Le **jugement du patient** a une place importante.

Monsieur A : « *pour ne pas décevoir » « *des fois, tu cèdes un peu, tu cèdes, c'est vrai, tu cèdes par je maintiens mon mot lâcheté* » « *pas vouloir froisser les patients »**

Le patient reste maître de sa santé. Le médecin l'informe des meilleures options le concernant mais il ne peut pas le forcer. L'application de la recommandation s'arrête à partir du moment où le patient refuse. Le rôle du médecin est aussi de **respecter les choix** du patient.

Madame D : « *c'est le patient qui décide et c'est pas les recommandations HAS qui vont décider pour lui* »

La consultation s'articule autour de la relation médecin-patient. Selon les médecins interrogés, il vaut mieux faire des compromis et avoir une bonne adhésion thérapeutique plutôt que d'appliquer une recommandation qui ne sera pas du tout approuvée par le patient avec le risque de perdre l'alliance thérapeutique.

- ***Bon sens***

Le bon sens est indispensable dans l'exercice de la médecine générale et il est nécessaire de **peser le pour et le contre** lors de la prise en charge d'un patient. Quelques fois la balance est en faveur de la non application de la recommandation car il y a plusieurs facteurs à prendre en compte. Le processus de décision intervient tout en pesant le **service rendu** ou non.

Monsieur C : « *est-ce que vraiment je lui rends service ou je ne lui rends pas service, hein ?* »

Monsieur I : « *je lui dis pas « vous allez attendre 48h supplémentaires qu'on ait l'antibiogramme pour vous mettre des antibiotiques » alors que les reco le disent. Je la mets sous antibio parce que moi le but premier, c'est quand même de soulager ma patiente ».*

Monsieur E : « *démarche qui impose en fait sans se préoccuper le moins du monde de la, des priorités de l'autre est un échec assuré* »

Madame D : « *il y a plus besoin de bon sens que de connaissances... et j'essaie de m'adapter au patient et à savoir, lui, qu'est ce qui pourrait être le plus profitable.* »

Monsieur C : « *Nos rôles sont... soulager la douleur ? Faire des diagnostics de temps en temps ? Soulager tout le temps... »*

Le non respect des recommandations est justifié par les médecins lorsqu'il s'agit de temporiser et **réévaluer** le patient à 24-48h. Certains médecins estiment qu'il est plus néfaste pour le patient de revenir consulter et d'être exposé à d'autres infections plutôt que de le **traiter sans délai**.

Madame F : « *De pas le revoir et de lui foutre l'antibio ou lui dire si ça va pas mieux dans 48h vous le prenez et de pas forcément le revoir. (...) ou de faire la recommandation et du coup ta salle d'attente est encore plus bondée.... Et c'est encore pire.* » « *peut-être que tu l'as protégé finalement même si tu as pas tout à fait suivi les recommandations* »

Monsieur I : « *je lui dis pas « vous allez attendre 48h supplémentaires qu'on ait l'antibiogramme pour vous mettre des antibiotiques » alors que les reco le disent. Je la mets sous antibio* »

Certains traitements qui ont **peu d'efficacité cliniquement prouvée** sont souvent arrêtés par les généralistes. D'autant plus quand ils estiment que les **critères d'évaluation** des études manquent de pertinence.

Monsieur I : « *les anticholinéserasiques, les machins euh j'en ai jamais prescrit, c'est pas à moi de la faire et j'en ai arrêté beaucoup* »

Monsieur I : « diabète moi, je suis un peu laxiste, je suis pas un psychopathe du 6,5% d'hémoglobine glyquée quoi alors (...) vaut mieux qu'un vieux ait un diabète à 7,5 en ayant juste de la Metformine® plutôt que 6,5 mais qu'il ait de la Metformine® et un sulfamide qui va lui faire des hypoglycémies »

Monsieur I : « tu penses être le mieux pour lui d'un point de vue de lui apporter un soulagement sans pour autant lui apporter des thérapeutiques trop dangereuses... »

Les généralistes semblent plus laxistes que les spécialistes. Ils sont peut être plus exposés aux effets secondaires des traitements et pèsent le bénéfice-risque. Premièrement ne pas nuire. Le médecin traite rapidement le patient sans le réévaluer par manque de temps.

- ***Motivation du médecin et exigences du patient***

Les médecins interrogés reconnaissent manquer quelques fois de motivation. En fonction du moment de la journée, de leur humeur, de leur **énergie**, ils cèdent à la pression du patient pour **éviter les conflits**. On ressent dans le discours de certains médecins un aveu de faiblesse, **une mise en échec** quelque part. Le médecin généraliste est **seul**. Il a moins de poids qu'une équipe. Encore plus, depuis que la médecine est moins paternaliste. La consultation se déroule autour d'une **négociation** et le médecin capitule s'il manque d'énergie ou de confiance en lui.

Monsieur A : « un peu par lâcheté » « c'est un combat de tous les jours si jamais tu veux appliquer appliquer appliquer... faut que tu te justifies euh... au bout d'un moment tu capitules quoi » « tu prends un conflit dans la gueule » « ouais des fois, tu cèdes un peu, tu cèdes, c'est vrai tu cèdes par je maintiens mon mot lâcheté. »

Monsieur K : « ça peut être plus coûteux d'appliquer des recommandations surtout lorsqu'elles sont nouvelles parce que ça oblige à changer les habitudes de certains patients et donc c'est compliqué à mettre en œuvre »

Madame D : « et du coup je passe plus de temps à leur dire que je vais rien leur prescrire et pourquoi je leur prescris rien »

Monsieur A rappelle les difficultés rencontrées pendant la formation médicale. Désormais, il souhaite avoir un exercice avec peu de **contraintes**.

Monsieur A : « *quelques fois, c'est pénible de les appliquer.* » « *on s'est quand même coltiné des études assez longues avec des examens euh pas toujours faciles, (...) tu as envie de souffler et avoir une petite pratique à la papa quoi* »

En appliquant certaines recommandations, certains médecins ont l'impression de perdre de la **crédibilité** auprès des patients.

Monsieur A : « *Pour les otites, si on dit au patient de revenir au bout de 48h, c'est mal perçu, les patients se disent "il y connaît rien, il est pas sûr" "non, moi je veux une réponse tout de suite. Si jamais tu me l'as données pas, c'est que t'es mauvais"* ».

Le souci de la **patientèle** a été évoqué. La crainte de ne pas plaire, de perdre des patients poussent des médecins à ne pas appliquer certaines recommandations. Les anxiolytiques et les somnifères sont des traitements très demandés par les patients, c'est un combat de tous les jours pour les faire arrêter.

Madame D : « *le clientélisme déjà, parce que moi (...) il y en a, à qui j'ai pas prescrit de benzodiazépines et puis, ils viennent plus me voir.* »

Monsieur A : « *le fait d'avoir une patientèle ou une fidélisation de patientèle bah tu vois euh renvoyer quelqu'un dans ses pénates en disant "c'est comme ça et c'est pas autrement..."* »

Le manque de motivation peut intervenir aussi dans la **formation**. Ce n'est plus une question de temps mais un problème de volonté ou de paresse. Peu de médecins l'avouent lors des entretiens.

Monsieur B : « *j'ai pas trop envie* » « *peut-être que j'ai pas envie non plus de les lire le soir.* »

Monsieur L : « *c'est toujours les mêmes médecins qui liront les reco, qui liront Prescrire et qui iront se former, ils seront vachement bons et puis les autres ils font un peu comme ils ont envie » « La paresse des médecins »*

Monsieur K : « *il tient qu'à nous de faire l'effort de pas s'encroûter, de lire des revues etc mais ça demande plus d'énergie »*

Les médecins expriment une certaine lassitude et un manque de motivation pour apprendre les nouvelles recommandations et pour convaincre les patients du bien-fondé des recommandations. Le souci de la patientèle a été soulevé.

d. Méconnaissance

Les médecins, en plus de ne pas appliquer les recommandations, souvent, ne les connaissent pas. L'objet de notre étude n'est pas de savoir si les médecins connaissent les recommandations mais de comprendre pourquoi ils ne les appliquent pas. Nous avons malgré tout, décidé de mettre certains éléments du discours des praticiens concernant ce manque de connaissance.

Monsieur A : « *bah les freins euh déjà la méconnaissance, si tu les connais pas tu peux pas les appliquer* » « *c'est certainement de pas les connaître du coup. Par manque de sérieux dans la formation continue* »

Madame F : « *je peux pas dire que je les connais toutes je suis persuadée* »

Madame J : « *Euh bah déjà faut les connaître... (rire)* »

Les médecins peuvent penser bien prescrire, mais être dans l'erreur parce qu'ils ne savent pas qu'il y a des modifications. **Il peut leur arriver de ne pas savoir qu'ils ne savent pas.**

Monsieur A : « *je sais pas si je prescris pour le coup dans les recommandations ou si je suis complètement à coté de la plaque* »

Madame D : « *faut être au courant que la recommandation est arrivée* »

Les médecins en fonction de leur lieu de pratique et de leur formation ont des compétences très différentes les uns par rapport aux autres. Madame G en disant « *et puis on peut pas non plus nous tout savoir* » illustre le problème des **limites** de compétence du généraliste. Le médecin fixe lui même ses limites mais la complexité de la médecine générale réside dans la **multitude de « spécialité » à maîtriser.**

Les médecins avouent que le principal frein à l'application des recommandations reste la méconnaissance des recommandations. Cela est aussi inhérent à la pratique de la médecine générale, « on peut pas non plus nous tout savoir » nous ne pouvons pas être spécialiste de tout.

e. Le doute et l'incertitude

- *Des patients tous différents*

Les patients sont tous différents. Comme dit Madame G : « *chaque personne ça va différer, c'est jamais exact, c'est jamais euh complètement vrai, comme ce qu'on lit dans les bouquins...* ». Les médecins insistent sur le fait que nous traitons des individus. Ils ne s'attachent pas à une maladie ou un organe mais à la personne dans son ensemble. Les choix qui s'offrent au médecin sont dépendants de la **complexité** de l'être humain.

Monsieur C : « *c'est plus compliqué, la médecine générale, il faut y croire et en même temps, il faut savoir aussi gérer l'incertitude* »

« *en médecine générale, tu as des individus, c'est pas des patients, c'est des individus, c'est fondamental.* »

Madame F : « *des fois, ça devient même difficile pour nous de prendre la décision.* »

Monsieur M : « *c'est de la science exacte appliquée à des patients qui sont pas exacts quoi ! (rire), qui sont chacun différents... »*

Les **présentations** des symptômes des patients ou de leurs maladies sont souvent **variables** et les réponses aux traitements également.

Madame G : « *les gens sont tellement différents que même s'il y a des maladies qui sont décrites, ça va avoir une expression variable chez d'autres personnes* »
« *chaque personne, ça va différer, c'est jamais exact, c'est jamais euh complètement vrai, comme ce qu'on lit dans les bouquins...* »

Monsieur I : « *je fais jamais la même chose pour deux* »

Madame J : « *les patients, ils répondent pas tous de la même façon sur plein de trucs, par exemple, sur la psy, les antidépresseurs, tu peux pas raisonner pareil euh sur tous les patients* » « *un traitement n'aura jamais le même effet sur des patients différents, la maladie n'aura pas les mêmes manifestations chez deux patients différents* » « *la psy tu peux pas la résumer en plus tu peux pas en faire beaucoup de preuve enfin moi je trouve. Voilà, c'est très variable.* »

Monsieur L : « *la plupart des médecins sont complètement fêlés par le doute* »

- ***Crainte des nouveautés***

Les médecins nous expliquent qu'il leur faut du temps avant de proposer un nouveau traitement. Comme s'il fallait un « **re** » **contrôle** de ce que préconise la recommandation.

Monsieur M : « *t'apprends à te faire ton... truc et puis avoir... plus ça va, plus tu élargis et puis tu regardes comment les gens réagissent puis tu apprends à avoir ta propre idée* » « *c'est notre propre expérience qui intellectuellement va te valider toi-même ce que tu fais et croire à ton médicament* »

- ***Les interactions à prendre en compte***

Les recommandations essaient de ne cibler qu'une pathologie et ne prennent pas en compte le plus souvent les **interactions** mais le médecin ne peut pas faire comme si elles n'existaient pas.

Madame F : « *la recommandation, c'est pour un patient type, qui va euh, et souvent c'est fait à partir des études qui éliminent justement euh les diagnostics associés, les interactions* »

Les recommandations concernent rarement les **personnes âgées**, alors qu'elles représentent une part importante de la patientèle des généralistes. Il faut, en absence de directives validées, les prendre en charge pour les mêmes pathologies en s'adaptant à la personne et à ses caractéristiques mais.

Monsieur C : « *tous les médicaments qu'on donne sont fait pour des gens de moins de soixante-quinze ans*. »

La présentation des symptômes ou des maladies est très variable ce qui rend les prises en charge incertaines et difficilement compatibles avec l'application simple des recommandations. De plus, ces dernières concernent rarement les personnes âgées, alors qu'elles représentent une part importante des patients de médecine générale.

- ***Une forme de mise en échec des médecins***

Certains médecins ont un sentiment d'échec de ne pas pouvoir appliquer les recommandations comme ils souhaiteraient le faire. Ce qui semble paradoxal compte tenu des réponses données tout au long des entretiens. Ils sont gênés de ne pas parvenir à appliquer les données de la science. Les médecins interrogés **n'arrivent pas à appliquer les recommandations de façon stricte**. Ils essaient de coller le plus possible aux recommandations, sous entendu qu'ils n'y parviennent pas.

Monsieur C : « *J'essaie de coller à la recommandation mais je n'y arrive pas toujours... (Silence) »*

Madame G : « *j'essaie mais j'y arrive pas toujours »*

Monsieur I : « *bah je m'en sers, j'essaie de m'en servir euh j'essaie... »*

Monsieur L, explique qu'il a toujours été obsédé par faire « *comme il faut* » et que les médecins en **souffrent**.

Monsieur L : « *moi, je suis obsédé par le fait de pas faire comme il faut, de pas faire machin, je me suis fais chier toute ma vie avec ça »*

Les mots utilisés par Monsieur A sont très durs envers lui-même : « **lâcheté** », « énorme **pression** », « **aveu de faiblesse** », « source de **stress** », « mise en **échec** ».

Monsieur A : « *des fois, c'est vrai tu cèdes par, je maintiens mon mot, lâcheté »
« l'énorme challenge et l'énorme pression euh je trouve dans notre métier de généraliste, c'est d'être au taquet tout le temps sur tout » « moi c'est un aveu de faiblesse de pas pouvoir euh bah passer tout le temps nécessaire pour être tout le temps au taquet sur tout »*

« source de stress parce que justement je l'avoue (...) mais je les connais clairement pas toutes et loin de là. C'est une certaine forme de mise en échec pour moi »

Les médecins interrogés essaient d'appliquer les recommandations. Certains médecins sont obsédés par faire « comme il faut », une certaine souffrance en ressort.

3. LES FREINS LIÉS AUX PATIENTS

a. Les exigences et attentes

Les patients viennent consulter pour une ou plusieurs raisons et le mot **consulter** désormais n'est pas toujours adapté. Ils ont souvent des **demandes** et l'avis du médecin ne compte pas toujours. Ils peuvent argumenter leur demande grâce à la disponibilité des informations. La position du patient a changé ces dernières années. Il est **acteur** de sa santé et a donc des attentes spécifiques. Beaucoup de patients viennent consulter et commence la consultation par « *il me faut...* », « *j'ai besoin de...* ». Les recommandations ne sont pas toujours en accord avec leurs demandes.

Monsieur C : « *mais pour mes patients qui veulent travailler rapidement, ça peut être intéressant* » « *il y a un patient qui va te dire mais, il me faut quelque chose...* »

Madame F : « *on s'adapte à ce que veut le patient* »

Monsieur K : « *vaut mieux faire un peu des concessions et aller dans le sens du patient* »

Monsieur I : « *je pense qu'il faut arriver à sentir un peu (...) ce que le patient attend de toi* »

Monsieur D : « *il y en a certains qui veulent des antibiotiques dans tel cas ou voilà qui veulent des benzodiazépines ou qui veulent je ne sais quoi et bien ça m'aide à leur dire, moi je les applique et du coup bah « je fais pas ce que vous me demandez »* »

Ils ont leurs idées, leurs expériences et leurs **avis** sur leur situation. Certains sont **convaincus** de l'efficacité d'un traitement sans aucune preuve.

Madame D : « *ils viennent tellement te voir en se disant que c'est ça qui va les guérir...* » « *il pense que s'il prend tel médicament tout de suite, ça va aller mieux* » « *c'est un problème pour les appliquer parce que ça plait pas aux patients* »

Madame G : « *y a des gens qui sont un peu réticents* »

Monsieur I : « *on a des gens qui bah pour une raison ou une autre vont pas vouloir d'un traitement.* »

La **confiance** du patient dans son médecin est indispensable pour obtenir un peu **d'observance**.

Monsieur A : « *tu as beau être au taquet, un mec qui refuse de prendre tel traitement sans t'en informer... »*

Madame D : « *il veut prendre juste un comprimé par jour. Il n'en veut pas deux. Parce qu'il trouve qu'il y a trop de risque hémorragique mais il en veut pas zéro et il veut pas d'AVK, c'est juste aberrant son truc »*

« *hum c'est parce que c'est le patient qui décide et c'est pas les recommandations HAS qui vont décider pour lui ce que lui préfère faire »*

Monsieur K : « *le patient lui même, sa personnalité, les doutes qu'il pourrait avoir concernant certains médicaments ou d'autres, les allergies qu'il croit avoir ou certaines intolérances euh... euh quelles soient juste ou pas, qu'elles soient vraies ou pas euh... les croyances des patients que ce soit justifiées ou pas »*

La position du patient a changé ces dernières années. Il est acteur de sa santé et a donc des attentes spécifiques qui sont susceptibles d'influencer les prescriptions des médecins.

b. Les habitudes

Il est souvent difficile de **modifier** un traitement qui fonctionne selon le patient. Les personnes âgées notamment sont très attachées à leur traitement et ne comprennent pas que les médecins le modifient.

Madame J : « *devoir changer des traitements que des patients ont depuis longtemps (...) c'est difficile à faire passer »*

« *y a des gens qui vont refuser, y a des gens qui vont absolument vouloir ce qu'ils ont toujours eu du coup tu pourras rien y faire »*

Monsieur K : « *(le traitement) le patient le connaît, en a l'habitude »*

Les patients ont des habitudes. Il est souvent difficile de modifier un traitement.

c. L'environnement du patient

- ***Lieu de vie***

L'environnement du patient peut être un frein à l'application des recommandations, notamment dans les zones rurales, où il existe des contraintes importantes pour la réalisation de certains examens.

Monsieur B : « *la recommandation voudrait qu'il fasse telle chose mais son environnement fait que c'est pas possible »*

Madame F : « *adapter en fonction de euh son désir, de ses antécédents, de ses interactions, des allergies, de tout ce qui va autour, de son lieu de vie »*

- ***L'environnement socio-familial***

Nous pouvons ajouter que le contexte social et familial a un impact sur les décisions du médecin. Les priorités du patient peuvent être comprises et acceptées.

Madame F : « *pouvoir prendre en compte le contexte médical social, une recommandation, elle est pas concernée par toutes ces choses là »*

Monsieur C : « *" moi j'ai ma femme qui a des troubles cognitifs, je veux rentrer chez moi (et ne pas aller à l'hôpital)" Il voulait pouvoir passer la nuit chez lui. C'est important l'environnement. »*

L'environnement du patient peut être un frein à l'application des recommandations, notamment dans les zones rurales, où il existe des contraintes importantes pour la réalisation de certains examens. Les priorités du patient doivent être comprises et acceptées. Le contexte socio-familial peut également jouer un rôle sur certaines prises en charge.

d. Leurs croyances et culture

Les médecins s'adaptent aux **caractéristiques** des patients. Ils ne peuvent pas traiter tout le monde de la même façon.

Monsieur C : « *en plus je ne t'ai pas parlé du côté culturel... un musulman, tu vas pas le faire soigner euh pareil qu'un juif, ne serait-ce que par la représentation qu'ils ont de dieu, de la mort et de l'au-delà. Ou un catholique ou un athée »*

Monsieur E : « *on va travailler avec des gens, si c'est quelqu'un qui est d'une autre culture, euh on a travaillé avec les armes qui sont accessibles à sa culture.*

Selon les croyances du patient, le médecin doit adapter sa prise en charge.

4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : LES BARRIÈRES

Les médecins comprennent l'utilité des recommandations. Néanmoins, il ressort de notre enquête certaines critiques.

S'adapter est repris par tous les médecins. Ils considèrent que les consultations de médecine générale sont souvent complexes et que les recommandations sont trop simplistes, n'intégrant pas toutes les dimensions d'une consultation de médecine générale. Le patient peut avoir plusieurs pathologies et se présente au médecin avec des **priorités**, ce qui peut expliquer que certaines recommandations ne soient pas appliquées immédiatement mais le seront dans un deuxième temps. Les priorités du patient parfois priment.

Certains cas ne sont **pas expliqués par la science**, du moins dans l'état actuel des connaissances ce qui justifie quelques prises en charge hors des clous. Les examens ou les avis peuvent ne pas être **accessibles**.

Le **manque de confiance** dans les recommandations et en ceux qui les proposent est un frein important à l'application des recommandations. L'industrie pharmaceutique et les **conflits d'intérêts** avec différents scandales malheureusement récurrents font de plus en plus douter les médecins. La méfiance demeure quand au **financement** des études. Les directives de santé ont un rapport étroit avec les politiques de **limitation des coûts**. Les médecins n'appliquent pas toujours des recommandations établies pour le bien être **collectif** car ils se trouvent face à un individu.

La **quantité** des informations représente une barrière à une application conforme à la science. Il semble difficile pour les médecins interrogés d'en **faire le tri** et de consulter les plus pertinentes aisément. Le grand nombre de publication a un effet négatif sur l'intérêt porté par les médecins.

D'autre part, ils sont persuadés que les recommandations sont une affaire de **spécialistes** et que les généralistes ne sont pas assez **représentés** lors de leur élaboration. Ils ne se sentent pas toujours **concernés**. De plus, les instances savantes manquent de **consensus**.

Certains mettent aussi en doute la véracité des études car elles reposent des **probabilités statistiques**. Les **critères d'évaluation** sont aussi critiqués, manquant de pertinence ou considérés inadaptés dans certains cas.

Certains n'aiment pas avoir le sentiment d'être contrôlés et de perdre leur **liberté de prescription**.

Le médecin généraliste est **dépendant** des autres acteurs du dispositif de soins et peut être amené à **reconduire des prescriptions** hors recommandations initiées par un confrère pour conserver de bons rapports confraternels

Ils font confiance à leur intuition, leur instinct, leur ressenti. Leurs **désaccords** avec les recommandations sont en lien avec leurs **croyances personnelles**, des éléments qui ne sont pas toujours explicables de façon rationnelle. Cela fait intervenir toute la complexité des **interactions** entre des expériences, des croyances, des souvenirs conscients et inconscients.

Avec **l'expérience**, les médecins se détachent progressivement des recommandations. Les médecins ont leurs **habitudes**. Ils ne sont pas toujours prêts à les modifier d'autant plus quand ils estiment que leur pratique ne pose pas de problème. Devant des **échecs** de prise en charge "recommandée", certains modifient radicalement leurs pratiques et sortent délibérément des cadres. L'exercice de la médecine est un travail où le **bon sens** est indispensable. Les médecins généralistes semblent peut être plus sensibles aux **effets secondaires** des traitements.

Les **contraintes du cabinet** peuvent servir d'excuses à la prescription de traitement non indiqué.

Ils semblent manquer de **temps** lorsqu'ils sont dans le flot des consultations pour faire changer les habitudes des patients. Certains ont l'honnêteté de dire qu'ils ont la flemme de **négoier** ou de **se former** en dehors du travail et qu'ils manquent de **motivation**. La consultation se déroule souvent autour d'une **négociation** et selon le **manque d'énergie** ou d'autorité du médecin, quelquefois il capitule.

La consultation s'articule autour de la **relation médecin-patient**. Il vaut mieux faire des **compromis** et avoir une bonne adhésion thérapeutique plutôt que d'appliquer une recommandation qui ne sera pas du tout approuvée par le patient avec le risque de perdre **l'alliance** thérapeutique. Le patient apprécie le médecin conciliant. Le souci de la **patientèle** ou de fidélisation de clientèle a été soulevé. En appliquant certaines recommandations, ils ont l'impression de perdre de la **crédibilité** auprès des patients.

Les médecins sont attachés à leur **liberté** de prescription. Par esprit de **contradiction**, certains ne respectent pas les recommandations.

Les médecins avouent que le principal frein à l'application des recommandations reste la **méconnaissance des recommandations**. Cela est aussi inhérent à la pratique de la médecine générale, « *on peut pas non plus nous tout savoir* » nous ne pouvons **pas être spécialiste de tout**.

La position du patient a changé ces dernières années. Il est acteur de sa santé et a donc des **attentes** spécifiques. Il a aussi des **habitudes**. Il est souvent difficile de modifier un

traitement qui selon le patient fonctionnait bien alors qu'il n'a plus lieu d'être prescrit. La **pression** du patient peut faire flancher le médecin.

Les patients ont leurs croyances, leur culture, leur religion. Les médecins **s'adaptent aux caractéristiques des patients**. Les recommandations concernent rarement les **personnes âgées**, alors qu'elles représentent une part importante de la patientèle des généralistes.

L'environnement du patient peut être un frein à l'application des recommandations, notamment dans les zones rurales, où il existe des contraintes importantes pour la réalisation de certains examens. Les **priorités** du patient peuvent être comprises et acceptées. **L'isolement** socio-familial peut également influencer certaines prises en charge.

D'autre part, la médecine n'est pas considérée comme une science exacte parce qu'elle est en **mouvement constant**, ce qui est vrai à un moment ne l'est plus après, elle ne cesse d'évoluer. La médecine générale est considérée comme un art pour sa **complexité** et la **multitude de facteurs** à prendre en compte. L'art médical est défini par des termes tels « **théâtre** » ou « **magie** ». Les généralistes sont à la frontière entre le monde rationnel et le monde moins raisonnable, plus magique, plus irrationnel. Ceci expliquerait l'utilisation importante des thérapies alternatives de la part des patients.

Les médecins interrogés essaient d'appliquer les recommandations, c'est leur objectif mais « **ils essaient** » sous entendu qu'ils n'y parviennent pas. Certains médecins sont obsédés par faire « comme il faut », un certain **découragement** en ressort. Ce qui semble paradoxal compte tenu des réponses données tout au long des entretiens.

III. FACTEURS POSITIFS

1. FACTEURS FAVORISANT L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Au cours de la lecture de nos entretiens nous avons relevé les ressentis positifs quant à l'évolution de la médecine. Le côté scientifique des recommandations de bonne pratique est décrit de manière optimiste par la majorité des médecins. Les médecins semblent favorables à une médecine de type EBM.

a. **Légitimité du soin**

Les médecins s'accordent pour dire que la médecine sous forme EBM donne de la **légitimité** à leur travail et à leur statut. Ils s'appuient sur les recommandations et s'en servent pour **justifier** de leur prise en charge auprès des patients. La décision prise en accord avec les preuves scientifiques apparaît au médecin comme une aide. Les recommandations leur permettent de **s'opposer** au patient plus facilement contrairement à une décision prise seul.

Monsieur B : « *ça reste quand même quelque chose qui nous rend légitime dans ce qu'on fait.* » « *quelqu'un qui respire la sérénité, qui sait de quoi il parle et qui s'appuie sur certaines choses »*

Monsieur C : « *Ça me permet de me justifier, ça permet de dire que ce que je fais c'est conforme à la science.* »

Madame D : « *pour pouvoir me justifier auprès du patient, sortir les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de lui dire, je fais ça parce que c'est ce qu'ils recommandent de faire.* »

« *ça m'aide à leur dire bah les recommandations euh disent ça et du coup, moi je les applique et du coup bah « je fais pas ce que vous me demandez » »*

Madame F : « *de justifier un traitement quand euh de le mettre ou de pas le mettre vis-à-vis d'un patient en disant, « les recommandations, c'est ça » moi des fois je leur dis »*

Madame J : « *un argument vis à vis du patient... tu lui dis bah là, je fais ce qui est recommandé »*

Les recommandations fondées sur une médecine de type EBM permettent de **guider** le médecin, de cadrer ses prises en charge qui reposent sur des études fiables. Elles permettent la meilleure prise en charge possible compte tenu des connaissances actuelles. Il en ressort une concordance entre les acteurs de santé qui renforce la **qualité** des soins.

Madame F : « *l'Evidence Based Medicine voilà, on a quand même un guide (...) ça va nous aider à le prendre en charge de la meilleure façon possible » « *d'avoir des études, des choses protocolisées (...) ça permet d'avancer quand même. Et puis, ça protège les patients parce que je pourrais avoir une idée dangereuse et pas le savoir. Ça permet aussi de mieux connaître les effets indésirables »**

Madame J : « *c'est un peu validé scientifiquement quand même donc c'est euh c'est pas juste sur le ressenti personnel quoi »*

Monsieur K : « *c'est bien les recommandations parce que ça permet d'avoir une garantie, un peu, de bien soigner les gens (...) de soigner correctement » « *c'est une valeur ajoutée aux soins* »*

Monsieur M : « *ça sert à pallier l'expérience que nous on n'a pas. C'est une trace de l'expérience des autres qui a été prouvée comme vraie »*

Monsieur I : « *ça me donne quand même un cadre dans plein de trucs, enfin moi je suis... ça me donne quand même des grandes lignes sur la prise en charge... »*

Les avancées médicales sont dues aussi à cette médecine scientifique. Le fait d'avoir prouvé l'efficacité de certaines conduites par des outils statistiques a permis de faire **avancer** la médecine et de diminuer la morbi-mortalité de certaines pathologies par exemple.

Monsieur H : « *les preuves scientifiques ont permis (...) une explosion de la médecine dans le bon sens du terme (...), cette médecine a fait sa preuve, elle a permis de guérir, de sauver donc elle est utile »*

Monsieur H : « *la vaccination, ça a sauvé des millions de vies, donc euh faut pas l'oublier (...) bah sur tout ce qui est antibiotique, ça évolue donc on n'a pas le choix, faut des recommandations »*

La recommandation scientifique donne plus de légitimité aux médecins généralistes. Ils s'appuient sur les recommandations et s'en servent pour justifier de leur prise en charge auprès des patients. L'EBM permet d'améliorer la qualité du soin.

b. Sur le plan médico-légal

Les médecins ont l'impression que les recommandations les protègent. Ils sont rassurés d'un point de vue médico-légal. Dans certains cas, la recommandation sert à se dédouaner de la prise de décision. Comme si le médecin ne décidait pas. S'il fait une erreur, ce n'est pas de sa faute, mais celle de la recommandation. Les recommandations leur offrent un **cadre protecteur**.

Monsieur B : « *c'est lorsqu'on ne sait pas, c'est un support fiable pour faire quelque chose qui rassure en se disant « c'est pas moi qui ai dit qu'il fallait faire comme ça » donc c'est sur ça, c'est rassurant (rire), on se dit on pourra pas m'en vouloir » « C'est une part un peu rassurante d'un point de vue, ben ça peut être médico-légal » « j'essaie de me servir des recommandations pour "me couvrir" (...) d'avoir un peu plus de poids »*

Monsieur C : « *ça me rassure quand je peux coller à une recommandation, ça me rassure dans mon exercice parce que je peux l'opposer au patient s'il y avait un problème » « L'EBM. C'est ma bible. Quand je peux me référer à l'EBM, je suis tranquille, je suis serein. Je dis que rien ne peut m'arriver donc j'en pense que du bien. »*

Monsieur M : « *les recommandations ça nous rassure »*

Madame D : « *pour me rassurer et me donner des grandes idées. »*

Monsieur E : « *dans tout ce qui est protocolisé et puis euh c'est rassurant »*

Madame F : « *je pense que ça nous protège »*

Les médecins sont rassurés d'avoir et de suivre les recommandations. Ils se sentent protégés notamment d'un point de vue médico-légal quand ils les appliquent.

c. Limite la prescription

Les recommandations aident les médecins à **moins prescrire**. Les prescriptions semblent diminuées en ce qui concerne les examens complémentaires et les traitements. La majorité des médecins s'appuient sur les prises en charge validées scientifiquement et évitent de prescrire des traitements qui n'ont pas été évalués. Les médecins considèrent que limiter les prescriptions est **indispensable** compte tenu des enjeux économiques de la santé en France.

Madame D : « *Elles me servent à ne pas prescrire* »

Madame J : « *On a un panel tellement vaste euh moi ça me permet de réduire ce que je prescris quoi.* »

Monsieur B : « *les recommandations ont mis des bornes* »

Monsieur I : « *ça peut aider à mieux prescrire, à moins prescrire ce qui à mon avis est un enjeu en France* »

Monsieur I culpabilise de prescrire trop d'examens. Cette fois, la recommandation "pousse" la prescription.

Monsieur I : « *ça m'aide à prescrire plus facilement des examens complémentaires sans me dire " tu prescris un examen qui sert à rien euh tu vas irradier le patient, ça va coûter du fric à la sécu pour rien"»*

Les recommandations aident dans l'ensemble les médecins à prescrire moins d'examens complémentaires et moins de traitements. Ils sont fortement sensibilisés aux efforts nécessaires concernant le coût de la santé en France.

d. Satisfaction intellectuelle

Suivre les recommandations procure aux médecins une certaine **satisfaction** intellectuelle.

Monsieur B : « *tu décides de suivre, c'est bien* » « *je trouve qu'il y a un système qui marche bien avec les recommandations et il faut s'en servir.* » « *je fais quelque chose de professionnel, c'est validé, je ne fais pas n'importe quoi* »

Monsieur C : « *c'est plutôt intellectuellement satisfaisant* »

Madame J : « *sur le principe c'est bien, enfin c'est logique quoi !* »

Monsieur K : « *C'est garant d'une certaine qualité de soin de suivre les recommandations* »

Monsieur M : « *c'est fiable, c'est utile (...) pour savoir si un médicament est efficace, son fonctionnement pour étudier des populations* »

La logique de l'EBM au sein des recommandations est tout à fait admise auprès des médecins généralistes interrogés. Il y a un paradoxe entre le fait de vouloir appliquer les recommandations et leur non application.

2. QUELLES SOLUTIONS ?

a. Des outils

Quelques médecins souhaitent des outils qui permettraient de consulter et de trier plus facilement les recommandations.

Monsieur K : « ça devrait être possible de développer un outil qui avec une sorte de newsletter euh disant voilà, tiens telle recommandation dans tel domaine et alors à nous d'aller les consulter ou pas mais une sorte d'annuaire »

Madame G : « je sais pas, il y a peut être pas forcément un site qui regroupe tout comme il faut (rire) après euh, je sais pas »

Une meilleure diffusion et une base de données regroupant les recommandations pourraient améliorer la connaissance des recommandations.

b. Contrôler et sanctionner

Plusieurs médecins estiment que la sécurité sociale devrait jouer un rôle plus strict quand aux **sanctions** exercées sur les médecins qui ne respectent pas les recommandations.

Monsieur L : « on aurait bien besoin d'un contre pouvoir (...) (la sécu) elle fait rien... moi j'ai jamais été contrôlé par la sécu, contrôle de sécu ça n'existe pas » « si ça devenait un peu plus sévère, je pense que ça serait pas plus mal, parce que de temps en temps on voit passer des ordonnances, (...) ça fait peur » « les médecins ne sont contrôlés par personne. Y a très peu d'obligations qui pèsent sur les médecins, il devrait y en avoir plus parce (...) on est responsable de l'argent publique »

Madame J : « la sécu viendra jamais te dire "on vous déconventionne parce que vous prescrivez trop de trucs pas bien". Ils pourraient mais ils le feront jamais (...) Donc il est probable qu'ils (les médecins) continuent à faire ce qu'ils veulent parce qu'ils ont aucune contrainte. »

« tu as plus de mal à modifier tes habitudes s'il n'y a personne qui vient te contrôler et te dire c'est pas bien. » « Mettre un peu la pression aux gens (les médecins)»

Certaines revues médicales ne sont pas d'accord avec la HAS. Les contre pouvoirs sont nécessaires mais affaiblissent la crédibilité de la HAS.

Madame J : *« Souvent ils démontent les recommandations de l'HAS et du coup les recommandations de l'HAS, ça fait longtemps que je suis pas allée voir »*

Certains médecins estiment qu'il faudrait augmenter la pression, les contrôles et les sanctions à l'encontre des médecins qui ne respectent pas les recommandations. Certaines revues médicales affaiblissent la crédibilité de la HAS et de ses recommandations.

c. Délibéralisation de la médecine

Pour mieux faire appliquer les recommandations Madame J pense qu'il faudrait un système plus sévère voir une délibéralisation du système de santé.

Madame J: *« s'il faut cadrer des médecins, c'est cadrer des libéraux et dans ce cas il faut revoir tout le système. »*

Pour mieux contrôler les prescriptions, il faudrait cadrer d'avantage les libéraux selon un des médecins interrogés.

d. Visiteurs médicaux

La diffusion et l'application des recommandations de la HAS pourraient être améliorées s'il y avait quelqu'un pour les vendre.

Madame J: *« en prenant des visiteurs médicaux qui présentent les recommandations de l'HAS (...) l'industrie pharmaceutique était d'accord, c'est*

les visiteurs médicaux qui ont refusé en disant que ça allait dévaloriser leur métier »

Des visites médicales de la HAS pourraient avoir un effet positif sur la bonne application des recommandations.

e. Les incitations financières

D'autre part, Monsieur C constate que les incitations financières fonctionnent relativement bien. D'ailleurs, Monsieur L explique qu'il a modifié ses prescriptions grâce aux indicateurs de la sécurité sociale.

Monsieur C : « *il y a une incitation financière pour les médecins, ça marche très très bien.* »

Monsieur L : « *j'ai corrigé mes deux grosses tares aux yeux de la sécu (...) je suis revenu aux IEC comme est la recommandation* »

Les incitations financières ont un impact sur l'application des recommandations.

f. La place des médecines alternatives

Quelques médecins évoquent spontanément la place des médecines alternatives.

Monsieur A : « *toute la place que laisse justement la médecine actuelle aux gens qui ont des doutes justement sur l'efficacité, aux médecines parallèles* »

Monsieur H : « *avec la mondialisation, toutes les médecines vont se rapprocher et je pense qu'on a encore quelques découvertes à faire.* »

« *les médecines alternatives (...), leur but c'est de bien vivre* »

Notre médecine allopathique laisse la place au développement des médecines alternatives. Elles apportent quelquefois des solutions quand la médecine plus classique est ressenti comme insuffisante ou manquant de solutions.

g. Amélioration des critères

Les critères utilisés pour l'élaboration de certaines recommandations peuvent manquer de **pertinence**. L'**objectif** recherché par le médecin et le patient n'est pas forcément celui utilisé par l'étude. Les indicateurs ne représentent pas l'objectif final. Monsieur I prend en exemple la maladie d'Alzheimer et le diabète avec respectivement le MMS (Mini Mental State) et l'hémoglobine glycosylée.

Monsieur I : « *deux points de MMS, (...) c'est pas ça qui est important quoi, ce qui est important c'est de maintenir son autonomie le plus possible* ».

« *les critères sont pas très pertinents (...) la seule chose qui m'intéresse c'est de savoir si dans 20 ans (...) il aura fait moins d'AVC, moins d'infarctus, ou il sera moins mort qu'un patient à qui j'en aurais pas donné »*

Des critères au plus proche de la réalité des patients et des médecins généralistes permettraient une meilleure application des recommandations.

h. Prendre en compte les priorités du patient

Les **priorités** du patient sont indispensables, ce n'est pas le critère imposé par le corps médical qui compte dans certaines situations.

Monsieur C : « *moi ce qui m'intéressait c'était son cœur, lui ce qu'il l'intéressait c'était sa femme. Il voulait pouvoir passer la nuit chez lui (pour s'occuper de sa femme dépendante)*. »

Monsieur E: « *recueillir les priorités de la personne et on va essayer de résoudre, de travailler sur ses priorités* »

Monsieur B tente une autre approche de la médecine avec une position **d'accompagnant**, de collaborateur ce qui rejoint les idées de Monsieur E et Madame F.

Monsieur B : « *se placer en collaborateur du patient, (...) peut être que lui, il sait pourquoi ça coince »*

Madame F : « *qu'on peut faire confiance à la nature et que les trois quarts du temps en réalité, on fait qu'accompagner et que on ferait rien ou on ferait autre chose ça ferait le même résultat donc il faut surtout ne pas nuire* »

Monsieur E : « *c'est inverser les rôles c'est-à-dire celui qu'il y a des recommandations, c'est plus le médecin mais c'est le patient* »

Monsieur E explique qu'il essaie d'exercer une **médecine différente** de celle qu'il a pratiqué jusque maintenant en utilisant une approche **systemique** « *dans l'hypercomplexité tout est dans tout et réciproquement* ».

« *Un travail pluridisciplinaire avec une approche dite systemique (...) dans l'hypercomplexité, (...) il suffit qu'un axe progresse dans une direction pour que tous les autres soient influencés.* »

Conjointement, le médecin et le patient écrivent ce qu'ils estiment être leurs **priorités** (celles du patient, celles du médecin pour le patient). Ces objectifs sont intégrés dans une cible avec des axes à améliorer. À partir de là, le patient travaille sur un axe qu'il a choisi et cela permet d'améliorer les autres axes. Le but est de **travailler de manière positive** en évitant de mettre l'un ou l'autre des protagonistes en échec.

« *Un concept qui est celui de la cible avec des axes qu'on met autour d'un cercle (...) les axes représentent des priorités (...) à la fois du soignant (...) et du soigné* »
« *C'est une approche positive qui m'intéresse or, toutes les approches que l'on a des hautes autorités, enfin des recommandations, c'est basé sur une vision négative, la maladie* »

Le rôle du médecin pourrait devenir celui d'un accompagnant à la santé. Une approche systemique pourrait compléter les lacunes des recommandations de type EBM notamment lorsque le médecin et le patient sont en situation d'échec. Ce qui est recherché, c'est surtout le résultat, peu importe la façon d'y arriver. C'est en travaillant sur les priorités de la personne que le médecin atteint son objectif pour le patient. La médecine de type EBM est une médecine basée sur les preuves. Qu'en est il d'une médecine basée sur les résultats ?

3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : FACTEURS FAVORISANTS ET SOLUTIONS

Les médecins s'accordent pour dire que les recommandations sont **nécessaires et utiles**. Ils s'appuient sur les recommandations et s'en servent pour **justifier** leur prise en charge auprès des patients. Elles renforcent la **qualité** des soins.

Le respect des recommandations procure aux médecins une certaine **satisfaction** intellectuelle. Le côté **scientifique** de la médecine est mis en avant.

Il y a un **paradoxe** entre le fait de vouloir appliquer les recommandations, la satisfaction qu'elles apportent et l'échec de leur application. Le contraste est saisissant.

Une meilleure **diffusion** et une **base de données** qui regrouperaient les recommandations pourraient améliorer leur connaissance. Certains médecins estiment qu'il faudrait augmenter la **pression**, les **contrôles** et les **sanctions** à l'encontre des médecins qui ne les respectent pas. Un des médecins imagine **salarier** l'ensemble du corps médical pour homogénéiser et mieux contrôler les prescriptions.

Les **visites médicales** de la HAS et les **incitations financières** pourraient avoir un effet positif sur l'application des recommandations.

Des **critères** au plus proche de la réalité des patients et des médecins généralistes permettraient de les appliquer davantage.

Une **approche systémique** pourrait aider les patients et les médecins lors des situations où la médecine des preuves n'y parvient pas. Ce qui serait recherché, ce serait surtout le résultat, peu importe la façon d'y arriver. C'est en travaillant sur les **priorités** de la personne que le médecin atteint son objectif pour le patient. La médecine de type EBM est une médecine basée sur les preuves. Qu'en est-il d'une médecine basée sur les **résultats** ?

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

a. Biais spécifiques d'une étude qualitative

Il existe certains biais à la méthode qualitative. Lors d'un entretien selon Neuman, on retrouve six catégories de biais (17,18).

- les erreurs du répondant (issus d'oublis, de la mauvaise compréhension des questions, de la gêne éprouvée, des mensonges liés à la présence d'autrui) ;
- les erreurs non intentionnelles dues à la négligence de l'enquêteur ;
- les altérations intentionnelles du chercheur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines ou reformule certaines questions ;
- les influences directement dues à l'enquêteur (apparence, ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires etc.) sur la personne entretenue ;
- les influences dues aux attentes de l'enquêteur en fonction de l'informateur ou de ses réponses préalables ;
- les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats des entretiens.

b. Biais liés au recueil de données

- ***Biais de sélection***

Afin de réaliser cette étude, nous avons demandé à des médecins généralistes s'ils souhaitaient participer à notre étude. Les médecins les plus intéressés et les plus sensibilisés au sujet ont davantage répondu. Les médecins recrutés étaient plutôt des sujets jeunes, leur apprentissage reposant sur l'EBM, ce qui n'est pas le cas pour les médecins plus âgés. Dans notre échantillon, beaucoup de médecins sont des médecins remplaçants souvent plus disponibles que les médecins installés. Les médecins recrutés travaillaient en Ardèche ou à Lyon, région Rhône-Alpes par commodité pour l'enquêteur. Peu de médecins travaillant seul ont accepté de nous répondre.

- ***Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention et liés à sa profession***

Lors des entretiens, les interventions de l'enquêteur étaient fréquentes. Par ces interventions, le risque était de diriger le dialogue et d'orienter le discours des médecins.

Les entretiens se sont déroulés entre confrères avec pour objectif de discuter des pratiques des médecins. La crainte du jugement par un autre confrère peut avoir influencé certaines réponses.

c. Biais d'analyse et d'interprétation

L'intérêt de la recherche qualitative est d'explorer les idées, les pensées et les sentiments personnels. Or il arrive qu'ils soient contradictoires. Il est alors facile pour l'enquêteur d'utiliser le verbatim adéquat au résultat recherché et de ne pas citer la contre partie.

Afin de permettre une analyse et une interprétation optimale, il est important de trianguler les résultats. Dans notre étude, les résultats dans un premier temps, ont été analysés par l'enquêteur seul puis avec le Professeur Zerbib. Il s'agit donc d'une triangulation simple avec deux personnes distinctes. Cependant, le biais d'interprétation ne peut pas être écarté à partir du moment où l'enquêteur effectue à la fois les entretiens, leur analyse et leur interprétation même en essayant d'être impartial. Idéalement, la réalisation des entretiens, la retranscription des données, l'analyse et l'interprétation devraient être effectuées par différentes personnes.

d. La validité interne de l'étude

Plusieurs critères de rigueur et de qualité ont été définis en recherche qualitative, permettant d'assurer la validité interne d'une étude (16)(19).

La question de recherche est clairement définie dans notre chapitre Méthode. De plus, au cours de nos entretiens, la question est clairement posée par l'enquêteur.

Nous avons sélectionné des médecins généralistes aux profils variés, en opposant une pratique citadine et une pratique rurale, des médecins installés et des médecins remplaçants, un exercice seul ou en groupe, des femmes et des hommes. Nous avons évité un échantillon trop uniforme. Leurs profils variés apportent du crédit à la validité interne de notre étude. Nous avons explicité les biais de sélection dans le paragraphe ci-dessus.

Nous avons assuré la fiabilité de l'analyse des données en effectuant une retranscription mot à mot avec les pauses, les hésitations, les difficultés d'expressions. Nous avons précisé la méthode de recueil des données dans la partie Méthode de notre travail.

Notre recherche a permis de mettre en évidence de nombreux résultats concernant les freins à l'application des recommandations. Ces derniers sont peu détaillés dans la littérature française.

2. Le manque de confiance

Un des freins mis en avant dans notre étude est le manque de confiance des médecins envers les recommandations. Ce manque de confiance est soulevé en 2007 lors des "rencontres HAS" de Philippe Ravaud (4). Cependant peu d'études étayent ce résultat. Dans son rapport de 2014, la HAS précise qu'il est indispensable d'obtenir la confiance des médecins afin de les faire appliquer (10) mais ne donne ni de détail ni d'explication.

a. Les conflits d'intérêts

Tout d'abord, les conflits d'intérêts des auteurs élaborant les recommandations ont porté tort à la crédibilité et à la confiance que leurs accordent les médecins.

Le lien entre l'industrie pharmaceutique et les responsables de certaines recommandations est un problème ancien. Une enquête réalisée en 2002, en Amérique du nord et en Europe, montrait que 59 % des auteurs avaient des liens d'intérêts financiers avec les firmes dont les médicaments étaient concernés par la recommandation. L'élaboration des recommandations professionnelles repose sur l'analyse des résultats des études cliniques. Or 70 % d'entre elles étaient financées par l'industrie pharmaceutique (20).

Dans un souci d'amélioration de la transparence, en France, les recommandations professionnelles de la HAS doivent répondre à des exigences méthodologiques. En effet, en 2007, la HAS a élaboré un guide de déclarations d'intérêts et de prévention des conflits.

Malgré ses dispositions, la HAS a été la cible de nombreuses critiques liées à des études réalisées par des experts ayant des intérêts dans les firmes pharmaceutiques. Pour ne citer que deux exemples en France, le Formindep a analysé la recommandation concernant la maladie d'Alzheimer dirigée par la HAS en 2008 (21). Il s'est avéré que cinq membres du comité d'organisation présentaient des liens d'intérêts directs avec les firmes commercialisant des médicaments indiqués dans les démences (22). Alors que dans cette même recommandation, la HAS affirmait que *"les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts"*. Peu de temps après, la revue Prescrire dans un numéro de février 2009 arrive à la même conclusion, celle d'une recommandation sous influence commerciale non maîtrisée (23).

Le verdict est comparable après l'analyse des recommandations sur le diabète : « Traitement médicamenteux du diabète de type 2 de 2006 » (24). De nombreux conflits

d'intérêts sont soulevés et les revues Formindep et Prescrire incitent les praticiens à ne pas respecter ces recommandations (23). Depuis, elles ont été abrogées.

La revue médicale Prescrire passe régulièrement au crible certaines recommandations de la HAS et leur attribue des mentions : intéressant ; acceptable ; inutile ; pas d'accord. La revue explique que « *L'objectif est d'aider les soignants à faire le tri. (...) la signature d'une "autorité", fût-elle "haute" ou "officielle", n'est pas en soi une garantie de qualité (...) soyons exigeants pour que la Haute autorité de santé vise toujours la qualité des soins et l'intérêt général* » (25). La HAS prend en compte les articles de Prescrire. En effet, en janvier 2010, elle a analysé les articles intitulés « au crible » de la revue médicale sur les recommandations de bonne pratique (RBP) pour les améliorer si besoin (26).

Des progrès sont réalisés en matière de transparence mais cela prend du temps à se concrétiser. La « loi de sécurité du médicament » du 29 décembre 2011 (votée à la suite du scandale sur le Médiator®), oblige les firmes à rendre publics les "avantages" qu'elles versent aux professionnels de santé, associations, sociétés savantes. De même, les firmes doivent rendre publiques l'existence de conventions qu'elles ont conclues avec les mêmes personnes physiques ou morales : activité de recherche, participation à un congrès scientifique, action de formation (27). De plus, un site unique pour la transparence des déclarations d'intérêts était prévu par décret le 9 mai 2012. Ce site apparaît enfin sur internet en 2016 (28), soit quatre ans après.

D'autre part, la HAS publie un guide méthodologique d'élaboration des recommandations de bonne pratique (RBP) en décembre 2010, mis à jour en mars 2016. Ce guide insiste sur l'obligation des membres du groupe de travail à communiquer leur déclaration d'intérêts. Elles sont analysées par une entité dédiée à la gestion des conflits d'intérêts. L'existence d'intérêts majeurs justifie de limiter ou d'exclure la participation d'un expert. Les déclarations d'intérêts sont publiées sur le site de la HAS (29) mais devraient progressivement être publiées sur le site unique des déclarations d'intérêts. La HAS continue dans ce sens et publie un article pour évaluer la qualité des RBP en 2011. Cet outil permet d'évaluer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'élaboration des RBP sur lesquelles se fonde l'attribution du label de la HAS (30).

La Cour des Comptes, dans un rapport de 2016, constate toujours un taux d'anomalies de 22% en moyenne (sur 2904 déclarations de conflits d'intérêts) pour les cinq agences principales évaluées : HAS, ANSM, INCa (Institut National du Cancer), CEPS (Comité Économique des Produits de Santé) et l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) (31).

Au total, les conflits d'intérêts, le financement des études par l'industrie pharmaceutique et le manque de transparence ont engendré des méfiances concernant les recommandations. La revue Prescrire et le Formindep, considérés comme des instances indépendantes, constituent des contre-pouvoirs, certainement indispensables à une médecine meilleure, par conséquent, ils conseillent de ne pas appliquer certaines recommandations spécifiques. Certains praticiens en font une généralité et se servent de ces contres pouvoirs comme justification à la non application des recommandations. La HAS essaie d'améliorer la qualité de l'élaboration de ses recommandations. Il est cependant encore difficile malgré ses efforts de regagner la confiance des médecins.

Les différentes études menées par la HAS sur le sujet montrent une volonté d'améliorer la qualité de l'élaboration des recommandations et de modifier la tendance. Est-elle victime d'un trop grand nombre de missions qu'elle n'arriverait pas à contrôler ?

b. Et à l'étranger ?

Le défaut d'application des recommandations est un problème international. Il existe un nombre considérable d'études dans chaque pays concernant les barrières à l'application des recommandations. Souvent, les études étudient un frein spécifique ou une recommandation particulière. Des revues systématiques d'études ont été réalisées par différents auteurs.

Voyons donc quelques exemples. En 1999, Cabana and al. publient *"Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement"*. Leur synthèse de la littérature internationale (76 articles sur différentes bases de données internationales) permet d'identifier les freins suivants : la méconnaissance, une connaissance approximative, un manque d'adhésion, un manque de confiance des médecins à mettre en oeuvre les recommandations efficacement, un manque de confiance concernant les bénéfices, un refus de modifier leurs pratiques ainsi que des barrières extérieures liées aux patients ou à l'environnement (32).

Une autre étude *"Practice guidelines: a new reality in medicine. Impact on patient care"* conclut que pour que des recommandations soient appliquées et améliorent la qualité des soins, plusieurs conditions doivent être remplies (33). Ou encore *"Why Many Doctors Don't Follow 'Best Practices' "*, un article publié en 2015 aux États-Unis (34). Ce dernier cherche à comprendre le manque d'application des recommandations dans différents domaines : la chirurgie de la cataracte, le bilan avant chirurgie programmée, le dépistage du cancer du sein par mammographie. La peur d'être poursuivi pour erreur médicale est mise en avant dans cette

publication mais aussi l'absence de consensus entre les sociétés savantes et les préconisations de la U.S. Preventive Services Task Force (instance publique qui détermine les remboursements par Medicaire et les assurances).

De plus, un grand nombre d'études évaluant l'impact d'interventions destinées à améliorer les pratiques professionnelles a été publié. La base bibliographique du groupe EPOC recense plus de 1 000 études en 2014 (10). Un grand nombre de revues systématiques ont été également publiées sur le sujet prouvant que l'application des recommandations concerne tous les pays développés.

D'autre part, le manque de confiance dans les recommandations ne semble pas être un problème exclusivement français. En effet, en 2012, la publication par l'Institute of Medicine (agence américaine indépendante du gouvernement) d'une actualisation des standards pour l'élaboration de recommandations était accompagnée d'un éditorial, intitulé *"In guidelines we cannot trust"* suite à l'analyse d'un échantillon d'études dont l'élaboration ne respectait pas une méthodologie satisfaisante (35) (36).

Une bonne méthode pour l'élaboration des recommandations est un souci international comme en témoigne un article de l'ICMJE (International Committee Medical Journal Editor qui regroupe des institutions américaines, canadiennes, chinoises, anglaises, chilienne, australienne, néo-zélandaise etc.) de décembre 2014. Cette revue a fait régulièrement des mises à jour de ses recommandations méthodologiques témoignant des difficultés rencontrées au cours de l'analyse des études scientifiques (37). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans une étude de plus de 200 recommandations provenant de divers pays et référencées dans la base "US National Guideline Clearinghouse" (base américaine de données fondées sur les preuves scientifiques pour la pratique clinique, ressource publique), stipule qu'un tiers des auteurs ont des liens financiers avec les entreprises produisant les traitements qu'ils évaluent et que trois quarts des recommandations étudiées incluent des auteurs présentant des conflits d'intérêts (38).

Finalement, plusieurs organisations en France et à l'étranger critiquent l'élaboration des recommandations que ce soit en raison des conflits d'intérêts des auteurs avec les firmes pharmaceutiques ou du manque de rigueur méthodologique. Il faut rester prudent quand aux informations diffusées même par les instances publiques. Alors que faire et qui croire ? N'oublions pas que si la médecine est ce qu'elle est aujourd'hui, c'est grâce à l'investissement de l'industrie pharmaceutique. L'industrie pharmaceutique est nécessaire à l'heure actuelle pour améliorer les thérapeutiques. Si les traitements n'avaient jamais été efficaces, les firmes n'auraient pas autant de poids aujourd'hui. Si le médecin n'a pas du tout confiance, sur quoi

baser son exercice ? Il est peut être plus intéressant de croire en quelque chose que de ne croire en rien.

c. L'EBM et les recommandations

A la lecture de nos résultats, l'EBM a été à la fois critiqué et à la fois soutenu. Les recommandations de bonne pratique établies par la HAS reposent sur une médecine de type EBM. Depuis sa création, la médecine des preuves fait débat. Il n'est pas surprenant que les médecins généralistes interrogés aient des avis divergents concernant les recommandations de la HAS fondées sur une médecine de type EBM.

Les essais thérapeutiques ont pour objectif d'identifier des relations causales entre un objectif (guérison, amélioration d'un critère sélectionné) et le médicament testé. Les essais les plus pertinents sont ceux qui sont randomisés. C'est à l'heure actuelle la façon de prouver l'efficacité, la supériorité ou la non infériorité d'un traitement versus un autre traitement ou un placebo. Malheureusement, comme nous l'avons vu, ces études sont de plus ou moins bonne qualité. Parmi les institutions de l'EBM, une des plus connues est "*the Cochrane Collaboration*" créée en 1993. Elle est devenue une vaste entreprise de diffusion de la médecine des preuves qui vise à préparer, tenir à jour et diffuser les revues systématiques sur l'efficacité des traitements et thérapeutiques sur la base des résultats des essais cliniques classés selon leur niveau de preuve. Le groupe Cochrane se présente comme une "organisation internationale, indépendante, à but non lucrative, composée de plus de 28 000 membres dans plus de 100 pays"(6). Le groupe Cochrane-France existe depuis 2010.

Les promoteurs de l'EBM sont confrontés à des médecins dont la pratique est plus traditionnelle et qui mettent en valeur l'autonomie professionnelle et l'expérience clinique. Devant ces critiques, les promoteurs de l'EBM définissent l'EBM ainsi selon Sackett "*It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice*" (39).

L'EBM a du évoluer vers une « nouvelle EBM » associant les données de la recherche à l'expérience clinique et aux préférences des patients. La HAS précise que les RBP « ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée en fonction de ses propres constatations » (29).

Cela tend à signifier que l'expérience personnelle du médecin est reconnue comme étant à intégrer dans la décision médicale et que celle-ci bénéficie de l'éclairage scientifique. La

médecine science et la médecine art se côtoient dans cette présentation. La médecine des preuves touche de plus en plus de pans de la médecine. Elle concerne la décision thérapeutique et la démarche pour établir un diagnostic. La médecine des preuves recouvre aujourd'hui tout ce qui est de la « bonne » prise en charge d'une maladie (40).

Malgré tout, la médecine de type EBM est encore critiquée et considérée par certains médecins comme insuffisante car elle ne prend pas en compte la complexité des situations cliniques dans des contextes de poly-pathologies ainsi que les paramètres sanitaires, sociaux, familiaux et économiques.

d. Economie et recommandations

L'EBM est devenue un outil de définition des bonnes pratiques dites basées sur les preuves et sort du domaine professionnel de la médecine pour toucher à la dimension politique de la santé. Progressivement les RBP sont apparues aux gestionnaires et décideurs en santé comme étant un outil permettant la régulation des dépenses de santé par la rationalisation des pratiques médicales (41).

La HAS se sert de l'EBM pour prouver l'efficacité et le service médical rendu puis fixer des taux de remboursement des traitements. Ceci a permis de dérembourser par l'Assurance maladie, un grand nombre de traitements et d'éviter un gaspillage de l'argent public. Face au « trou de la sécu » l'Etat français s'engage depuis les années 70 dans une politique de maîtrise des dépenses de santé. A partir des années 80, les politiques de maîtrise des dépenses de santé se sont attachées à l'encadrement des pratiques médicales dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins, ceci au nom de l'efficacité. L'efficacité est définie comme "la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné" (*Larousse*). Ni la question de l'efficacité, ni celle de la maîtrise des dépenses de santé n'étaient présentes dans les textes de l'ANDEM et de l'ANAES à propos des RBP. C'est seulement avec la HAS et la loi de 2004 que ces préoccupations deviennent centrales (42).

Certains voient dans l'EBM, un moyen de rationnement des soins basés sur la preuve (43). Par cette rationalisation des soins, les médecins se voient soumis à des impératifs tels que « soigner plus efficacement » avec l'apparition dans un premier temps, des Références Médicales Opposables (RMO) : la volonté est de restreindre la liberté de pratiques des médecins en les soumettant aux exigences économiques (44). Dans les différents textes législatifs, le remboursement des actes de soins par l'Assurance maladie est de plus en plus étroitement conditionné par le respect des RBP. À l'avenir, et compte tenu de la part

grandissante que prennent les couvertures complémentaires dans le remboursement des soins par rapport à l'assurance obligatoire, on peut faire l'hypothèse qu'une part du coût des actes qui ne respecteraient pas les RBP seront transférés vers les régimes complémentaires de l'assuré au nom du déficit de service médical rendu. D'ailleurs, le remboursement de certains actes est déjà modifié suite à la publication de certaines RBP.

Les recommandations sont fondées sur les données actuelles de la science, c'est-à-dire sur l'analyse des résultats des études publiées en fonction du niveau de preuve. Les RBP qui en sont issues sont des outils destinés à induire une rationalisation des pratiques cliniques (via leur standardisation) dans un double souci d'efficacité et de qualité des soins (2). Quelle confiance faut-il accorder aux instances publiques pour l'élaboration des recommandations si celles-ci sont contraintes à réduire les coûts ? Il est impératif de réduire les coûts inutiles, qu'en serait-il des coûts à limiter alors que le service rendu serait utile ? Y a-t-il une garantie du meilleur soin s'il faut faire des économies ? Pour que les économies soient "durables", il semble pertinent d'investir davantage dans la prévention donc à améliorer l'accompagnement des "patients" en bonne santé.

3. L'incertitude en médecine

"Qui ne doute pas, acquiert peu". Léonard de Vinci.

Le médecin généraliste est souvent confronté à des plaintes et demandes multiples qui ne correspondent pas à des éléments étudiés. Ils n'ont objectivement pas de solutions prouvées à apporter à leur patient ainsi Madame J donne l'exemple du Spasfon®. Madame J alors qu'elle estime que ce traitement ne servirait à rien explique qu'elle préfère donner ce traitement qui ne fera pas de mal plutôt que de ne rien proposer et de répondre au patient *"y a rien à faire"*.

Comme dit par Monsieur L *« des petites choses merdouillues, il n'y a pas de reco »*. Selon les auteurs 20% à 50% des consultations concernent des symptômes physiques médicalement inexpliqués (45). Les résultats sont très variables selon les études. En plus de cette clinique (souvent inexpliquée), les études scientifiques consistent en des statistiques sur de grandes populations aboutissant à des probabilités et des risques. Dans la mesure où le raisonnement médical est probabiliste, il s'agit pour le médecin de chercher à conjuguer les probabilités et les possibilités dans un univers incertain (8). D'ailleurs, le raisonnement par probabilité en lui-même, serait-il une expression d'une certaine incertitude que comporte la médecine ?

De tous les médecins, le généraliste est incontestablement celui qui est confronté au champ de connaissance potentiellement le plus étendu, d'ailleurs il n'y a pas de limites. Il a forcément une *« maîtrise imparfaite du savoir disponible »* (R. Fox). Plus les découvertes scientifiques avancent, plus il est difficile pour le généraliste d'en maîtriser les avancées. Le généraliste, de par sa fonction est celui qui sait un peu de tout, à l'inverse de ses confrères d'autres spécialités. Socrate a dit *Notre incertitude s'accroît en fonction de nos connaissances comme le périmètre d'un cercle en fonction de son rayon."*

Nous avons posé la question suivante au cours de nos entretiens, la médecine générale est-elle une science exacte ? Il en ressort qu'à l'unanimité la réponse est la même. Non, la médecine générale n'est pas une science exacte. D'une part, le sujet de la médecine, l'humain, n'est jamais identique. Il est différent d'un autre individu et réagirait différemment en fonction d'un instant T. D'autre part, la pratique de la médecine générale est encore bien souvent assimilée à de l'art. Il semblerait que le mot art soit utilisé pour définir la diversité des caractéristiques à prendre en compte qui interviennent dans la décision médicale. Les éléments donnés par la science notamment les recommandations médicales n'intègrent pas assez d'éléments selon les médecins.

Le médecin généraliste est confronté à un patient et il doit faire des choix. Le fait qu'il ait des choix à faire signifie qu'il y a de l'incertitude. "Que celle-ci soit diagnostique, pronostique ou thérapeutique, l'incertitude du soignant est autant le résultat de la connaissance incomplète que de la nature même de la connaissance médicale, issue en grande partie d'une méthodologie utilisant des statistiques et le raisonnement inductif" (46). L'incertitude rend plus complexe la décision médicale. L'amélioration des connaissances ne lève pas toujours l'incertitude qui entoure un grand nombre de situations cliniques. Elle est liée à la multiplicité des présentations cliniques et au fait que la science médicale demeure incomplète. De plus, l'outil statistique utilisé en médecine permet d'écarter des hypothèses non valides, mais pas de valider des probables et l'observation répétée de cas particuliers ne permet pas de tirer des conclusions universelles.

Dès lors qu'une solution s'impose avec évidence, existe-t-il un choix ? Peut-il y avoir une décision s'il y a une certitude ? Devant la certitude, le choix n'existe plus et la décision s'impose, alors que dans l'incertitude, le médecin fait des choix qui sont peut être les bons mais qui ne le sont peut-être pas. C'est précisément, ce qui fait la difficulté du soin médical encore plus marqué au sein de la médecine générale, en premier recours.

Un moyen de soulager cette incertitude serait de redéfinir un cadre de la médecine générale. Expliciter les attentes et les limites de compétences du médecin généraliste aiderait peut être à diminuer le doute mais cela réduirait aussi sa liberté d'exercice. A l'inverse, ses compétences pourraient être remises en question et renforceraient aussi ses doutes.

G. Bloy sociologue, écrit *"si l'incertitude en médecine générale n'a pas plus de visibilité, c'est sans doute à la fois parce que son aveu public risquerait d'être mal compris (comme un signe de compétences approximatives, ou de faible scientificité des pratiques par exemple) et parce que la plupart des généralistes parviennent à s'en accommoder au quotidien"* (47). Les jeunes médecins parlent plus facilement de l'angoisse qu'ils peuvent ressentir. De plus, grâce à une large étude qualitative sur plusieurs années auprès de médecins généralistes français, elle aboutit à une cartographie très intéressante de leurs positionnements permettant de mieux comprendre l'hétérogénéité des façons de penser et de faire (Annexe 3).

Nos résultats dans la partie "mise en échec des médecins" mettent en avant la culpabilité et la souffrance qu'ils ressentent quand ils ne parviennent pas à bien appliquer les recommandations. Ce sentiment est probablement lié aussi à l'incertitude de la décision prise dès lors que la réponse n'est pas dans la recommandation. Ces angoisses semblent prendre moins de place avec l'expérience. Nos résultats ne vont pas dans le sens de ceux de la thèse de M. Pince, qui conclut que le vécu de l'incertitude peut être positif voire stimulant (48).

L'expérience permet de sortir plus facilement des recommandations alors que ce cadre est décrit rassurant. Comme si au début de la profession (certains médecins interrogés l'expriment) il est nécessaire d'avoir une base et un cadre. Avec l'expérience, les limites de ce cadre seraient plus simples à franchir. En effet, les médecins les plus expérimentés utiliseraient davantage l'intuition et les "tests thérapeutiques" mais moins souvent les recommandations. Le rôle de l'expérience comme facteur limitant de l'incertitude en médecine générale est important (48).

Les médecins se sentent "protégés" par les recommandations. *"Dans les recommandations, on peut pas m'en vouloir", "ça nous protège", "pour me couvrir"* alors que dans la littérature, la recommandation rassure mais elle est aussi source de contrôle de bonne pratique. C'est plutôt en cas de différent que la RBP risque de servir pour aller à l'encontre du médecin. La RBP relève de la « soft law », ce qui lui confère un statut juridique incertain dans la mesure où elle dépend très largement du texte qui la fonde et de celui qui l'édicte, ainsi que des évolutions de la jurisprudence (49). Dans tous les cas, la question de la responsabilité juridique du praticien en cas de non-respect des recommandations ne peut être évacuée. Les recommandations pourraient être opposables au médecin (50). Autrement dit, en cas de non respect d'une recommandation, la loi pourrait à terme se servir des RBP pour prouver la faute du médecin.

Au total, l'incertitude semble inhérente à la pratique de la médecine générale. Le vécu de cette incertitude est très personnelle et est amené à évoluer avec le temps et les expériences. Les recommandations ne prennent pas en compte cette forme d'incertitude et leur grand nombre ainsi que les avancées de la science ne permettent pas d'améliorer ce paramètre. Est-il envisageable de penser qu'il en soit autrement à partir du moment où l'objet de notre science est l'humain ? Les incertitudes qui jalonnent l'exercice de la médecine générale permettent aussi peut-être aux praticiens de se renouveler en permanence et leur offre un rôle irremplaçable dans la décision médicale comme dit par *Monsieur L* : « *alors le jour où la médecine générale sera complètement EBM, on n'existera plus* ».

4. La négociation

Le médecin entreprend bien souvent une négociation avec le patient. La situation est souvent plus complexe que l'application immédiate des données scientifiques. Cependant, ces dernières lui permettent de discuter et de négocier les décisions thérapeutiques tout en les ajustant au patient. Ce que le médecin attend avant tout, c'est de pouvoir établir une relation partenariale. La confiance accordée par le patient au médecin généraliste est primordiale et la relation est décrite interpersonnelle et non comme étant la rencontre entre un patient et un professionnel. Les demandes du patient ont forcément une influence sur le médecin.

Nous pouvons également nous poser la question du poids de la décision "contre le patient". En effet, comme dans l'étude "*Why Many Doctors Don't Follow 'Best Practices'* ", citée plus haut (34), quel risque prend le praticien s'il respecte les recommandations de l'U.S. Preventive Services Task Force et s'oppose à une patiente qui souhaiterait une mammographie à 40 ans (préconisée par les sociétés de cancérologies et de radiologies américaines) qui développerait finalement un cancer.

5. Discussion sur les solutions

Alors que les médecins ont du mal à appliquer les recommandations, ils ont un avis globalement positif sur ces dernières. Elles sont une aide à la prescription, elles les rassurent sur le plan médico-légal, elles les rendent légitimes et leur permettent de s'opposer ou de se justifier auprès du patient. Cependant, ce n'est pas parce que les médecins y adhèrent qu'ils les utilisent. L'objectif secondaire de notre travail était d'apporter des éléments sur les facteurs favorisant l'application des recommandations.

Le **groupe Cochrane** référence différentes interventions possibles. Elles peuvent être orientées vers le professionnel de santé, être financières (concernant le praticien ou le patient), organisationnelles, structurelles ou réglementaires.

a. La rémunération à la performance sur objectifs de santé publique

La France a développé un modèle original d'organisation de la santé tendant à concilier un exercice libéral des professions de santé installées en ville, un haut niveau de prise en charge des assurés par l'Assurance maladie obligatoire et la recherche d'une maîtrise financière du système de soins. Le paiement à l'acte reste en France le socle de la rémunération des médecins. Le paiement à l'acte permet d'augmenter sa charge horaire, son temps de travail total (hebdomadaire), le nombre de patients vus mais diminue le temps de consultation. Y a-t-il un impact sur l'application des recommandations ? Dans nos entretiens, un des facteurs limitant l'application des recommandations est le manque de temps. Plus le médecin va vite, plus il réalise d'actes, plus il est rémunéré. La durée moyenne d'une consultation de médecine générale semble être de 16 minutes (DRESS). Nous pouvons nous demander dans quelle mesure cette tarification à l'acte influence les bonnes pratiques ? *"je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous car, soit qu'on fasse bien soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte..." Molière, le médecin malgré lui, Acte III, scène I*

La convention de 2011 (51) marque une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte trois piliers : l'acte, la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique (ROSP) et la rémunération forfaitaire (les forfaits ALD...) (52).

Selon deux médecins de nos entretiens, les incitations financières via la ROSP (Rémunération à la performance sur objectifs de santé publique) sont performantes pour l'application de certaines recommandations. La généralisation de la rémunération à la performance sur objectifs de santé en France est une disposition de 2011. Ce dispositif de

paiement à la performance est versé en fonction de l'atteinte, par les médecins concernés, d'objectifs de santé publique et d'efficience. Il semble raisonnable d'envisager une rémunération de ce type car il est plus pertinent de rémunérer selon la qualité que selon l'activité (ce qui est le cas avec la tarification à l'acte).

La ROSP a été introduite progressivement. Elle fait suite au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) de 2009 qui proposait aux médecins libéraux volontaires d'être payés à la performance en fonction de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité des soins et à la prescription de médicaments génériques (53). La ROSP (tableau des indicateurs en Annexe 4) évalue dans une première partie : l'organisation du cabinet et la qualité de service, mesurées par cinq indicateurs relatifs à la tenue du dossier médical informatisé, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, l'informatisation pour la télétransmission des feuilles de soins et l'utilisation des télé-services, l'affichage dans les locaux et sur le site internet de l'Assurance maladie des conditions d'accessibilité du cabinet et l'élaboration d'une fiche de synthèse annuelle par patient. Dans une deuxième partie, la ROSP s'intéresse à la qualité de la pratique médicale. Pour les médecins traitants, la qualité de la pratique médicale est mesurée par 24 indicateurs. Trois axes sont ciblés : le suivi des pathologies chroniques, la prévention, l'efficience dont cinq indicateurs concernent la prescription dans le répertoire des génériques. Pour les médecins généralistes, 29 indicateurs sont donc évalués (54).

Enfin, l'Assurance maladie se félicite de résultats globalement positifs de ce dispositif. En effet, le taux général d'atteinte des objectifs passe de 50% en 2012 à 61,5 % en 2013 pour atteindre 65% en 2014 pour les omnipraticiens. En revanche certains indicateurs dans le domaine de la prévention sont moins bien orientés. En particulier, les taux de vaccination contre la grippe et le dépistage des cancers féminins enregistrent des reculs préoccupants (55) (53). La Cour des comptes dans son rapport de 2014 propose d'introduire une solidarité entre les indicateurs pour que les résultats insuffisants viennent réduire la rémunération finale (52).

Malgré ces résultats encourageants, les dispositifs de rémunération à la performance mis en place à l'étranger font l'objet de nombreuses critiques. En effet, selon le rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2008, aux Etats Unis, les résultats médicaux liés aux incitations financières semblent positifs mais modestes. Sur neuf études, cinq avaient des résultats positifs mais modestes et quatre études ne montraient aucune amélioration des pratiques. Alors qu'en Angleterre, le paiement à la performance introduit en 2004 aurait eu un impact positif sur les résultats mais les objectifs ont été considérés trop simples à atteindre (56).

Depuis, une étude plus robuste, publiée en 2013 (*Eijkenaar et al. 2013*) a fait une synthèse des travaux internationaux et a conclu que l'ensemble des essais randomisés comparatifs menés sur le P4P (Pay for Performance) avait uniformément observé des résultats mitigés.

Les réfractaires à la ROSP en France dénoncent des critères non pertinents pour améliorer la qualité des soins. Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) demande une concertation pluri-professionnelle pour faire évoluer les indicateurs de la ROSP afin qu'ils soient plus légitimes et pertinents (57). Pour répondre à ces critiques, un groupe de travail piloté par l'Assurance maladie s'est réuni en juin 2016 dans le but de réajuster certains indicateurs et d'en introduire de nouveaux en 2017 (58).

La ROSP semble être un moyen pour faire appliquer des critères liés aux recommandations. Il est nécessaire que les indicateurs reflètent la véritable qualité du soin. Les objectifs de ce dispositif sont mixtes : amélioration de la qualité des soins mais aussi diminution des dépenses publiques. En France, l'objectif d'efficience (coût/efficacité) est ouvertement affiché. Notons que la grille ROSP actuelle n'est pas à jour pour certaines recommandations.

Est ce que le fait de respecter des indicateurs est gage d'une bonne pratique de la médecine ? Le paiement à la performance s'oppose à une approche globale, il conduit à une médecine centrée sur la conformité aux indicateurs avec le risque de ne pas prêter attention aux demandes du patient. Le dernier rapport de la HAS sur l'efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations publié en 2014 n'étudie pas l'impact des incitations financières. Dans la ROSP, il y a l'incitation financière mais aussi une grille qui permet au médecin de comparer ses prescriptions à celles de ses confrères. Est-ce l'incitation financière ou le fait d'être "évalué" par rapport à ses confrères qui joue un rôle dans l'efficacité du dispositif ? Dans la littérature, nous avons cherché à comprendre quelles étaient les interventions efficaces.

b. L'audit clinique avec retour d'information

L'audit-retour d'information est défini comme « tout résumé d'une performance de soins réalisés sur une période donnée et pouvant être transmis à posteriori au médecin sous quelque forme que ce soit, écrite, orale ou par informatique » (*Thomson O'Brien 1999*). Le retour d'information peut être général : par exemple, le médecin est informé de l'adéquation aux

recommandations de l'ensemble des praticiens d'un secteur. Il peut aussi être spécifique : chaque médecin reçoit des informations sur ses propres pratiques.

Cette intervention a été étudiée par le groupe EPOC de Cochrane en 2000. Plusieurs revues de littérature ont été réalisées, le groupe conclut à une faible efficacité de ce dispositif (59). Les résultats des études divergent. En effet, C. Attali lors de son étude réalisée en 2000, réalise un audit de pratique avec envoi des résultats à chaque participant, leur permettant de se comparer avec le groupe et d'identifier leurs propres difficultés dans le suivi et le traitement des diabétiques. Les médecins semblent sensibles à la comparaison à leurs confrères et les poussent à améliorer leurs pratiques (1). De plus, l'étude de P. Chevalier (Belgique) menée en 2007 insiste sur l'efficacité des "feed-backs" (60). Un autre aperçu de la littérature réalisé par la présidence belge du conseil de l'Union Européenne révèle que l'effet global de l'audit et du feed-back sur les changements comportementaux est modeste. Il en va de même en ce qui concerne l'utilisation de la comparaison avec des pairs pour renforcer les résultats de l'audit et du feed-back (61).

La collaboration Cochrane dans *"Audit and feedback : effects on professional practice and healthcare outcomes"* a également fait une revue de la littérature, cette fois en 2012, qui démontre à priori que l'audit et le feed-back ont un effet certes faible, mais potentiellement important sur l'amélioration des pratiques (62). Ces conclusions sont reprises par la HAS en 2014 (10).

Cette méthode peut améliorer les pratiques de soins, l'effet restant faible. Ce qui semble le plus efficace est de combiner l'audit et d'autres interventions.

c. Les rappels au moment de la prescription

Les rappels ont un effet modéré sur les pratiques de soins (10). Ces interventions concernent les rappels papiers comme des affiches dans les cabinets ou en salle d'attente ainsi que les systèmes informatiques d'aide à la décision qui peuvent intervenir lors de la prescription sous forme d'alerte par exemple (59).

d. Intérêt des exercices de groupe

En nous intéressant aux facteurs favorisant le respect des bonnes pratiques, il semblerait que les échanges et confrontations entre pairs soient des éléments intéressants.

D'ailleurs, les groupes de pairs sont validés dans le cadre du Développement Professionnel Continu et ont un certain succès auprès des médecins (63). Ils leur permettent de jeter un œil critique sur leurs pratiques en les comparant aux données de la science et à celles de leurs pairs (64). Selon un rapport de la DRESS, un des facteurs favorisant l'application de certaines recommandations est l'exercice en cabinet de groupe. La relation entre pairs est mise en valeur (7).

Cet argument est repris par les promoteurs des maisons de santé. Pierre de Haas a créé la Fédération française des maisons et pôles de santé. Il considère que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ont comme principal intérêt l'amélioration de la qualité des soins grâce à la convivialité entre les professionnels, grâce aux confrontations techniques, aux volontés de mieux faire, aux jugements des autres praticiens. Il prône une amélioration des relations entre les professionnels pour une amélioration du soin.

e. La visite "à domicile" ou visite "éducative"

L'industrie pharmaceutique utilise depuis longtemps les délégués médicaux pour vendre leurs produits aux médecins. Plusieurs études prouvent que la visite médicale a un impact sur les prescriptions des médecins.

En effet, en 2000, l'ANAES fait une revue de la littérature internationale concernant l'efficacité de certaines interventions auprès des médecins. Les visites médicales sont des interventions d'efficacité démontrée ayant un effet "intervention important" (59). De plus, l'étude sur le diabète menée en 2000 par Claude Attali présente des résultats concordants. L'intervention la plus efficace concerne la visite d'une personne spécialement formée au lieu d'exercice des praticiens (1).

Dans cette optique, l'Assurance maladie a développé les "entretiens confraternels". Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 1998, définit le rôle des médecins conseils intervenant auprès de leurs pairs. Les praticiens-conseils des caisses primaires interviennent auprès de leurs confrères dans le cadre d'une visite à leur cabinet avec pour objectif de les amener à modifier les pratiques notamment sur la base des RBP (65). En 2005, 30 000 entretiens confraternels sont réalisés pour diminuer la prescription des statines. En 2010, 60000 entretiens avaient été prévus pour la promotion des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (42). Aujourd'hui, nous pouvons lire sur le site de l'Assurance maladie que " le

médecin-conseil réalise des entretiens confraternels pour sensibiliser aux « bonnes pratiques » en matière de prescriptions, notamment les recommandations de la Haute Autorité de santé".

Cependant, les entretiens confraternels ne semblent pas bien accueillis par les médecins qui se sentent en danger selon certains articles de la Fédération des médecins de France (66). Un médecin conseil de l'Assurance maladie à la retraite a été interrogé par téléphone. Il a participé aux entretiens confraternels. Il précise que l'accueil des médecins était en fonction de l'approche que le médecin conseil avait. La confraternité était une valeur importante pour que les entretiens se passent au mieux. Il réalisait environ 200 entretiens par an.

Les entretiens confraternels sont toujours d'actualité mais se font davantage par téléphone. A titre d'exemple, depuis juin 2015, de nouveaux entretiens confraternels sont organisés sur le thème des arrêts de travail pour apporter une aide concrète aux médecins.

Les études d'impact de ces interventions en France sont peu nombreuses. Une synthèse de la HAS a été réalisée en 2007 sur les différentes méthodes quantitatives pour l'évaluation des interventions auprès des médecins. Leur revue de littérature révèle que parmi quelques centaines d'études d'intervention référencées par le groupe de travail EPOC de la collaboration Cochrane, moins d'une dizaine ont été réalisées en France (4).

La HAS dans son rapport de 2014 reprend les conclusions de la collaboration Cochrane données en 2007 (67). La visite à domicile, seule ou associée à d'autres interventions a un impact modéré sur l'application des recommandations (10). Les médecins restent méfiants et n'aiment pas que l'on juge leur pratique. Il faut absolument que lors de ces visites, le médecin conseil ou un autre intervenant se mette en position d'allié et d'égal à égal pour que le médecin "visité" ne se braque pas.

L'Assurance maladie recherche des médecins conseils pour différentes missions. Le nombre de visiteurs médicaux travaillant pour l'industrie pharmaceutique a considérablement diminué et est passé de 24 000 en 2004 à 13 000 en 2014. Pourquoi ne pas recruter les visiteurs médicaux au sein de la HAS pour diffuser les recommandations de bonne pratique ?

f. Développement Professionnel Continu (DPC)

Pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, les instances publiques obligent les médecins à se former continuellement durant leurs années d'exercice médical. "Les médecins ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques."(68). Ce devoir déontologique est une obligation légale par la Formation Médicale Continue (FMC) en 1996 et pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) depuis 2004. La loi du 21 juillet 2009

instaure l'obligation de développement professionnel continu des professionnels de santé, ce dispositif est créé pour sensibiliser les médecins à l'application des recommandations. Les exigences légales sont d'environ 4 journées consacrées à la formation continue par an. Certains médecins de notre étude ne savent pas qu'il y a une obligation de formation continue. Existe-t-il des sanctions à l'encontre des mauvais élèves ?

En 2008, plus de trois médecins sur quatre déclarent participer à des sessions collectives de formation médicale continue. Leur implication dans l'évaluation des pratiques professionnelles est plus faible : seul un médecin du panel sur trois l'a réalisée dans une étude de la DRESS (7). Le Conseil de l'Ordre des médecins est impliqué dans le suivi du respect de cette obligation à travers le rôle d'une commission régionale de formation médicale continue qui ouvre, pour chaque professionnel, un « dossier d'évaluation » (42). Les médecins doivent transmettre des justificatifs de formation. Si les justificatifs sont insuffisants, le conseil de l'ordre fait une démarche de concertation et peut engager une procédure disciplinaire (63).

L'impact de la FMC a été évalué par le groupe Cochrane en 2009, les réunions éducationnelles ont un impact faible sur les pratiques et les résultats de soins. Les formations mixtes (interactives et didactiques) semblent avoir un meilleur impact que les formations exclusivement didactiques. Les formations interactives semblent avoir un impact moindre que les formations didactiques (10).

g. Un exemple de sanction efficace

Peu de travaux étudient l'impact des sanctions auprès des médecins pour améliorer l'application des recommandations alors qu'en France, les références médicales opposables (RMO) pouvaient faire l'objet de retenues financières. Les RMO instaurées depuis 1993, sont des critères scientifiques reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants, voire dangereux. Peu de prescripteurs atteignaient "le seuil d'opposabilité". Entre 1995 et 1996, seulement 121 médecins avaient fait l'objet d'une sanction financière (44). Les RMO semblent avoir progressivement laissé la place aux RBP.

Cette solution évidemment ne plairait pas à des médecins libéraux qui sont attachés à leur liberté d'exercice et à leur "indépendance" et qui n'aiment pas que l'Etat s'immisce dans leur pratique.

Dans un rapport de la sécurité sociale concernant les génériques proposé en 2014, la diffusion des génériques est comparée en Allemagne et en France. En Allemagne, les prescripteurs ont été incités financièrement à prescrire des médicaments moins chers pendant

les années 1990 avec la mise en place de budgets limités de prescription. En cas de dépassement d'un plafond fixé, les médecins devaient reverser une partie des honoraires perçus. Ce système a fait rapidement et durablement évoluer les comportements de prescription. Entre 2010 et 2013, la part des génériques dans les médicaments remboursables a progressé de 50 à 75 % en Allemagne, alors qu'elle n'augmentait, en volume, que de 24 à 31 % en France (69). Ici, la diffusion des génériques repose uniquement sur des incitations financières. Serions-nous prêts à accepter des sanctions ? En 2010, la Cour des Comptes propose de mettre en place une sanction financière pour les professionnels de santé ne transmettant pas électroniquement les feuilles de soins (70). Cette mesure est-elle en application ?

De nombreuses interventions sont possibles auprès des médecins pour améliorer les pratiques. Peu d'études sur les interventions ont été réalisées en France. Le groupe EPOC a réalisé de nombreuses revues de littérature. Les résultats ne sont pas très satisfaisants car, l'efficacité des interventions est soit faible soit modérée. Instaurer des sanctions ne semble pas au goût du jour au sein des professions médicales. Il existe des solutions, des pistes d'amélioration mais elles ne semblent pas encore suffisantes.

h. Quels rôles attribuer aux patients ?

Nous avons vu que le patient a une influence non négligeable concernant l'application des recommandations.

Il serait intéressant d'évaluer l'impact de campagnes d'information utilisant les médias (télévision, radios, journaux, magazines, documents imprimés), dirigées vers la population avec l'objectif d'améliorer l'utilisation des services de santé ou de changer le mode de vie. Une campagne dirigée vers le grand public pourrait modifier le comportement des professionnels de santé soit indirectement par l'intermédiaire de leurs patients, soit directement (les professionnels de santé font partie du grand public). D'ailleurs, déjà en 1999, les Islandais montraient que la formation des médecins généralistes, couplée à l'information large de la population était une des seules mesures efficaces mais que chacune prise séparément ne donnait pas de résultat (71).

Aux Etats-Unis, une campagne focalisée sur les antibiotiques en 2002 associant formation des médecins et information du public avait permis de diminuer la consommation

d'antibiotique de 11% dans la région concernée (72). En France, les prescriptions d'antibiotiques ont été améliorées grâce à un effort commun associant les patients par l'information diffusée largement via les spots publicitaires, les émissions TV ou radio sur le sujet et les médecins qui ont reçu davantage d'informations sur les problèmes engendrés par la surconsommation (73). Au total, grâce à cette campagne, nous avons assisté à une baisse de 10,7% de la consommation des antibiotiques de 2000 à 2013 mais elle a ré-augmenté de 5,9% entre 2010 et 2013 (74).

Les campagnes d'information visant le public, associées à une formation des médecins en même temps sont des interventions efficaces pour mieux appliquer les recommandations. Le coût de ses missions est probablement très important et la répétition de campagnes visant le grand public pourrait diminuer l'efficacité de celles-ci. Alors, il faut faire des choix concernant les objectifs de santé prioritaires, ce fut le cas pour les antibiotiques.

D'autre part, les prises en charge en affection longue durée (ALD) mettent le patient et le médecin dans une position où il est important de respecter les recommandations pour être remboursé à 100%. Le respect des RBP permet le remboursement autrement ce dernier ne serait pas vraiment pris en charge à 100%. Depuis la loi du 13 août 2004, le patient en ALD est informé des bonnes pratiques par les praticiens-conseils qui lui fournissent un guide lors de son admission au régime. Il détient un exemplaire du protocole de soins qui doit tenir compte des recommandations de la HAS et qu'il doit « présenter aux médecins consultés pour son ALD ». Les « guides patients » diffusés par la HAS et l'Assurance maladie vont dans le même sens : le patient informé peut infléchir la relation médecin-malade en lui fournissant des informations qui bénéficient de la légitimité de la science et des agences qui les publient. Il devient en tout cas un relais de la mise en œuvre des RBP (39).

i. Discussion autour de l'approche systémique

La médecine des preuves scientifiques telle que nous la connaissons aujourd'hui semble ne pas contenter tout le monde. Les pays développés s'accordent pour dire que leur système de santé ne peut perdurer ainsi notamment pour des contraintes de budget. La santé coûte trop cher. Les moyens techniques et thérapeutiques ne cessent de progresser et leurs prix aussi. Certains médecins de notre étude expliquent que le système de santé ne peut plus fonctionner ainsi et qu'il faut repenser notre façon de prendre en charge la santé des patients.

Une approche différente de la médecine consisterait à utiliser la théorie systémique.

L'approche systémique est pratiquée en France depuis les années 70 et a donné lieu à de nombreuses applications, par exemple dans les thérapies familiales. Elle s'intéresse principalement aux interactions entre les éléments constitutifs d'un système et aux effets de ces interactions. Cette démarche est davantage centrée sur le but à atteindre que sur la recherche des causes (75). Le médecin généraliste n'interagit pas de façon isolée avec un patient mais avec tout un système dont ce dernier fait partie intégrante (76). Il est essentiel de placer le patient en tant qu'acteur principal de sa prise en charge. Le patient est le mieux à même de comprendre sa complexité, il possède l'essentiel des solutions à ses problèmes. Les rôles habituels seraient inversés: « *la personne soignée devient le maître et le médecin devient l'élève* ». Le patient et le médecin pourraient établir une liste des problématiques le concernant. Grâce à cette liste, le patient et le médecin hiérarchisent les problèmes et établissent des priorités. Les priorités du médecin et celles du patient ne sont pas forcément les mêmes. Ces objectifs sont représentés sur une cible avec des axes d'amélioration. Si un axe va dans le bon sens, il aura tendance à améliorer les autres. Ce qui serait intéressant, ce serait le résultat, peu importe le moyen pour y parvenir.

Les préférences du patient et les préférences du médecin doivent entrer en congruence afin d'obtenir un résultat positif pour la santé du patient. Est-il possible d'imaginer une médecine basée sur les résultats, plutôt qu'une médecine basée sur les preuves ?

CONCLUSIONS

La Haute Autorité de Santé (HAS) élabore des recommandations de bonne pratique (RBP) destinées aux professionnels de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins. Nous constatons que les recommandations établies par la HAS sont insuffisamment mises en application par les médecins généralistes. Les recommandations de bonne pratique sont élaborées à partir de la médecine fondée sur des preuves, l'Evidence Based Medicine (EBM). Elles interviennent donc dans les relations complexes entre la profession médicale et l'Etat, entre médecin et patient ainsi qu'au sein de la profession médicale. L'application des recommandations est un problème de santé publique.

Nous avons voulu étudier pourquoi les praticiens généralistes n'appliquaient pas toujours les recommandations. Pour cela nous avons réalisé une étude qualitative.

Treize entretiens de médecins généralistes ont été réalisés entre 2013 et 2016. Notre travail a permis de mettre en évidence que les recommandations sont généralement bien perçues par les généralistes. Il est admis qu'elles rendent le soin plus légitime sur le plan scientifique et que leur application permet une amélioration de la qualité de soin. De plus, grâce aux recommandations, les médecins généralistes se sentent encadrés et rassurés sur le plan médico-légal. Elles leur permettent de limiter les prescriptions et sont indispensables pour diminuer les dépenses de santé.

Cependant, malgré ces ressentis positifs, les recommandations ne sont pas toujours appliquées. Les résultats de notre étude tentent d'expliquer ce paradoxe.

Les freins à l'application des recommandations sont d'abord liés aux recommandations elles mêmes. En effet, les médecins reprochent un manque d'adaptabilité à la médecine générale (en rapport avec l'humain, l'environnement, le système de soins). La complexité et la variabilité de l'être humain font que l'exercice de la médecine générale est soumis à une certaine forme d'incertitude. Ces nombreux doutes n'entrent pas toujours en congruence avec les recommandations validées scientifiquement. De plus, les médecins n'ont pas confiance dans les recommandations. Ils sont préoccupés par leurs financements, leur élaboration, les conflits d'intérêts, leur manque de consensus, leur évolution trop rapide et leur impartialité compte tenu des objectifs économiques. Ils se sentent dépassés par la quantité et la complexité des informations.

D'autre part, le médecin a des croyances personnelles mêlées à une intuition, des expériences, des habitudes. Ces éléments vont souvent à l'encontre des recommandations. La course après le temps en consultation joue en défaveur de l'application des recommandations. En outre, les médecins ont le sentiment de manquer de temps pour la formation.

Parmi les solutions exprimées dans nos résultats, certaines ont déjà été étudiées par la HAS comme les mesures financières incitatives de l'Assurance Maladie ou la visite médicale au cabinet. En outre, il semblerait que les audits cliniques avec retour d'information, les échanges entre pairs - dans le cadre d'un exercice en groupe (cabinet ou MSP) ou lors de groupe de pairs - soient efficaces pour améliorer l'application des recommandations. Il faudrait renforcer ces dispositifs qui semblent fonctionner.

En médecine générale, la relation médecin-patient est centrale et est faite de négociations. L'idée de négociation est prise dans le sens d'un arrangement entre le médecin et le patient dans lequel chacun accepte de faire des concessions de manière à parvenir à un accord satisfaisant. Le patient a nécessairement un rôle important, et selon ses attentes ou son environnement, ne permet pas au médecin d'appliquer strictement une recommandation. Il s'agit pour le médecin de s'ajuster, de trouver l'équilibre entre les données de la science, les données personnelles et l'incertitude relative au patient, quitte à déroger en partie aux recommandations un jour pour conserver une relation de confiance avec ce dernier et avancer avec lui demain.

Finalement, comme le patient a une influence sur l'application des RBP, il serait peut-être intéressant de le responsabiliser encore plus dans sa prise en charge. L'opinion du grand public peut fonctionner de façon remarquable comme ce fut le cas des campagnes publicitaires concernant les antibiotiques. Et pourquoi ne pas dédier une part à l'éducation de la santé dans les programmes scolaires ?

Une approche différente de la médecine comme une approche systémique permettrait elle de modifier nos pratiques et de diminuer les coûts toujours trop importants de nos dépenses de santé ? Finalement n'est ce pas le résultat qui importe le plus ? Serait il possible d'imaginer une médecine basée sur les résultats plutôt qu'une médecine basée sur les preuves ? Des recherches en ce sens pourraient être intéressantes.

Les RBP sont indispensables pour limiter le gaspillage et offrir un soin de qualité. Compte tenu des évolutions de la science, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter. Respecter les recommandations est ce que nous avons de mieux actuellement pour que le plus grand nombre puisse accéder aux soins. Ce système ne pourra probablement pas durer éternellement. Les priorités du patient et les priorités du médecin doivent entrer en congruence pour obtenir le meilleur résultat pour la santé du patient.

Vu Le Président de thèse
(Nom et signature)



Professeur Yves ZERBIB

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 24/11/2016

BIBLIOGRAPHIE

1. Attali C. Comment réduire l'écart entre les recommandations et la réalité de la prise en charge des diabétiques de type 2. Rev Prat. 14 (511) : 1770.
2. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sci Soc Santé. 24 (2) : 75-103.
3. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé Publique. 18 (4) : 573-84.
4. Ravaud P. Mise en oeuvre des recommandations et évaluation de leur impact sur les pratiques. Rencontre HAS 2007; 2007.
5. Durieux P, Chan E. Lettre d'information EPOC [Internet] 2013 janv. Report No.: 1. Disponible sur : http://cochrane.fr/xml/NewsLetterTopics/Organisations_soins/Newsletter_EPOC_Janvier_2013.pdf
6. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care [Internet] Disponible sur: <http://epoc.cochrane.org/>
7. Guerville M-A, Paraponaris A, Régi J-C, Vaissade L, Ventelou B, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. octobre 2009 ; (708).
8. Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle. Thèse sociologie. Toulouse 2 ; 2011.
9. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011 avril.
10. Durieux P, Ravaud P. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales [Internet]. Service des bonnes pratiques professionnelles ; 2014 juillet. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oevre_des_recommandations_medicales.pdf
11. Candau K. La Haute Autorité de Santé : principes fondateurs, rôle, missions et organisation. 2005 janvier.
12. Harousseau JL. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. 2011 octobre.
13. Carpentier F, Pazart L, Durocher A. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. 1999.
14. Si vous souhaitez réaliser des recommandations de bonne pratique, label HAS. 2010.

15. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 Avril. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
16. Cote L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002 ; (3) : 81-90.
17. Neuman WL. *Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches*. Pearson; 2011. 631 p.
18. Régnier JC. L'enquête par entretien et quelques biais possibles [Internet]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.entretien_biais.pdf
19. Centre Cochrane Français. Validité interne : Questions essentielles à vérifier par type d'étude [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org>
20. Choudhry NK, Stelfox H, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 6 février 2002 ; 287 (5) : 612-7.
21. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Version soumise à la validation du collège de la HAS le 25/04/07 diagnostic et prise en charge [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf
22. webmaster@formindep.org. Formindep [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.formindep.org/spip.php, article=340>
23. Prescrire. Guides de pratique clinique de la Haute autorité de santé : trop de conflits d'intérêts cachés, juillet 2009 [Internet]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierGuidesHASconflits.php>
24. Recommandation professionnelle : traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation) [Internet]. 2006 nov. Disponible sur: http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/108_recommandations_bon_usage_diabete_type_2.pdf
25. La revue prescrire. Editorial HAS au crible. Avril 2007 ; 27 (282) : 241.
26. Analyse des articles de la revue Prescrire sur les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé [Internet]. 2010 janv. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/analyse_articles_revue_prescrire_rbp.pdf
27. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 décembre, 2011.
28. Base de données publique ; Transparence Santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.transparence.sante.gouv.fr>
29. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». 2010 mars.

30. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations de bonne pratique (dérivée de la grille AGREE II). 2011 juin.
31. Cour des comptes. La prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire. 2016 mars.
32. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement. JAMA. 20 oct 1999 ; 282 (15) : 1458-65.
33. Woolf SH. Practice guidelines : a new reality in medicine. III. Impact on patient care. Arch Intern Med. 13 déc 1993 ; 153 (23) : 2646-55.
34. Why Many Doctors Don't Follow « Best Practices » [Internet]. NPR.org. Disponible sur: <http://www.npr.org/sections/health-shots/2015/04/22/401258904/why-many-doctors-dont-follow-best-practices>
35. Shaneyfelt T. In guidelines we cannot trust: Comment on « failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards ». Arch Intern Med. 26 nov 2012; 172 (21) : 1633-4.
36. Kung J, Miller RR, Mackowiak PA. Failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards: Two more decades of little, if any, progress. Arch Intern Med. 26 nov 2012 ; 172 (21) : 1628-33.
37. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals [Internet]. ICMJE; 2015 déc. Disponible sur: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
38. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2009 édition originale, traduction française 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf
39. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996 ; 312 (7023) : 71-2.
40. Montagne O. Les résultats probants dans la recherche médicale. Rech Soins Infirm. (96) : 32-4.
41. Bizouarn P. Aspects éthiques de la médecine factuelle. Traité de Bioéthique de Emmanuel Hirsch. 2010. p.728-41. ERES « Poche-Espace éthique ». Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1-page-728>.
42. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Gouv Action Publique. 11 oct 2012 ; (3) : 53-75.
43. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient, décider sur quelle « evidence ». nov 2005 ; 90-2.

44. Allemand H, Jourdan M. Sécurité sociale et références médicales opposables. Rev Médicale Assur Mal. sept 2000 ; (3) : 47-53.
45. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract. 1 août 2006 ; 23 (4) : 414-20.
46. Azria E. Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin : de la nécessité de décider. Traité de bioéthique de Emmanuel Hirsch. 2010. p.707-17. ERES « Poche Espace éthique »
47. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources formes et accomodements possibles. Sci Soc Santé. mars 2008; 26 (1) : 67-91.
48. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale. Etude quantitative en Corrèze ; Thèse de médecine 2013.
49. Laude A. Dix ans de droit de la santé. Trib Santé. (25) : 51-62.
50. Claudot F, Juillièrè Y. La portée juridique des recommandations de la HAS : les appliquer ou ne pas les appliquer ? oct 2011 ; (72) : 30-2.
51. Frulloni M. Le système conventionnel en France [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/Systeme_Convent_Francais_Doc_Final_2012.pdf
52. Cour des comptes. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Cour des comptes ; 2014 juin.
53. Bras PL, Duhamel G. Les liens entre la performance médicale et la composition de la patientèle : Une étude économétrique sur les médecins d'Ile-de-France. 2008 juin. Report No.: RM2008-047P.
54. Ameli.fr - ROSP Médecins traitants [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>
55. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. 2015 avril.
56. Bras PL, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères [Internet]. IGAS; 2008 juin. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000596.pdf>
57. ROSP : à quand des critères utiles à la santé des patients diabétiques et à la santé publique ? Mars 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/rosp_quand_des_criteres_utiles_la_sante_des_patients/
58. Rosp négociations 2016- [Internet]. 2016 juin. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/rosp_16_06_2016_1_.pdf

59. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales [Internet]. 2000 janv. Disponible sur: <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf>
60. Chevalier P. Recommandations de bonne pratique, consensus et feed-back. 2007 ; 385-90.
61. Flottorp A, Jamtvedt G. Utilisation de l'audit et du feed-back aux professionnels de la santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé.
62. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback : effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(6):CD000259.
63. HAS. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. 2015 janv.
64. Les groupes de pairs. *Inf Psychiatr.* 22 févr 2014 ; 82 (1) : 25-8.
65. Benevise J-F, Lopez A. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. Les médecins conseils de la sécurité sociale. Report No.: RM2006-140A.
66. Vous subissez un contrôle par votre CPAM, n'attendez pas qu'il soit trop tard - Fédération des Médecins de France [Internet]. Disponible sur: <http://www.fmfpro.org/defense-du-medecin/vous-subissez-un-controle-par-votre-cpam-n-attendez-pas-qu-il-soit-trop-tard.html>
67. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000409.pub2>
68. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. inspection générale des affaires sociales; 2008 nov.
69. Cour des comptes. La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés. 2014 sept.
70. Cour des Comptes. Paris. FRA. Cour des comptes. Rapport public annuel 2010. Paris : La Documentation française; 2010.
71. Kristinsson KG. Modification of preservers' behavior : the Icelandic approach. *Clin Microbiol Infect.* 1 août 1999;5:S43-7.
72. Perz JF, Craig AS, Coffey CS, Jorgensen DM, Mitchel E, Hall S, et al. Changes in antibiotic prescribing for children after a community-wide campaign. *JAMA.* 19 juin 2002; 287 (23) : 3103-9.
73. Klein P. Les antibiotiques de moins en moins automatiques pour les français [Internet]. IPSOS; 2002. Disponible sur : <http://www.cpam21.fr/PSnew/ObjSante/Docs/antibio1erresultatscequiachange02.pdf>

74. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. 2014 nov.
75. Donnadieu G, Durand D, Neel D, Nunez E, Saint Paul L. L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>
76. Approche systémique de la SFMG [Internet]. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline; 2013. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/811/fichier_fiche9_approche_syste_mique8d7c3.pdf
77. Le paiement à la performance (P4P) ou ROSP [Internet]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/le-paiement-a-la-performance-p4p-ou-rosp>

LES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau niveau de preuve et grade des recommandations (15)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- essai comparatif randomisé de forte puissance- méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- analyse de décision fondée sur des études bien menées
B Présomption scientifique	Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- essais comparatifs randomisés de faible puissance- études comparatives non randomisées bien menées- études de cohortes
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- études cas-témoins Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- études comparatives comportant des biais importants- études rétrospectives- séries de cas- études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)

Annexe 2 : Canevas d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Laurène Jarlot, je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine Lyon Sud Charles Meyrieux. L'enquête que je suis en train de mener s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse pour l'obtention du Doctorat de Médecine Générale.

L'objectif de notre thèse est d'analyser les pratiques des médecins généralistes sans jugement afin d'essayer de comprendre en quoi il est difficile d'appliquer les recommandations dans notre profession et peut être proposer des moyens pour que la formation soit la plus proche possible de notre réalité de tous les jours. Cette étude cherche à mettre en avant les freins et les facteurs favorisant à l'application des recommandations médicales par les médecins généralistes.

Pour ce faire, j'ai besoin de votre ressenti, de vos expériences.

Je vous remercie de participer à la réalisation de cette thèse.

Notre étude porte sur des entretiens qualitatifs, semi-dirigés pour laisser libre cours aux remarques, interrogations et éléments de réponses que chacun des interviewés saura nous apporter. Cet entretien, si vous le voulez bien sera enregistré puis retranscrit par informatique afin de pouvoir l'analyser.

Les entretiens sont anonymes. Vos noms et lieu de travail ne seront pas cités.

Quels sont les freins à l'application des recommandations ?

Première partie : présentation du médecin

Si vous le voulez bien, je vais vous demander de vous présenter, décrire qui vous êtes ?

(Sexe, âge, ancienneté, année de thèse, particularité d'exercice, milieu d'exercice rural, semi rural, urbain)

Quel type d'activité extra professionnelle avez-vous ?

Racontez moi ce qui vous donné envie de pratiquer la médecine générale ?

Deuxième partie : la théorie

Comment vous formez vous aux nouvelles recommandations ?

Quelle serait pour vous une bonne définition des recommandations ? Finalement qu'est-ce que cela veut dire pour vous ?

Comment sont-elles élaborées ?

Troisième partie : application directe

Qu'est-ce que vous faites des recommandations?

En quoi les recommandations vous servent elles dans votre exercice ?

Comment cela se passe dans la pratique ?

Ressentez-vous une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ?

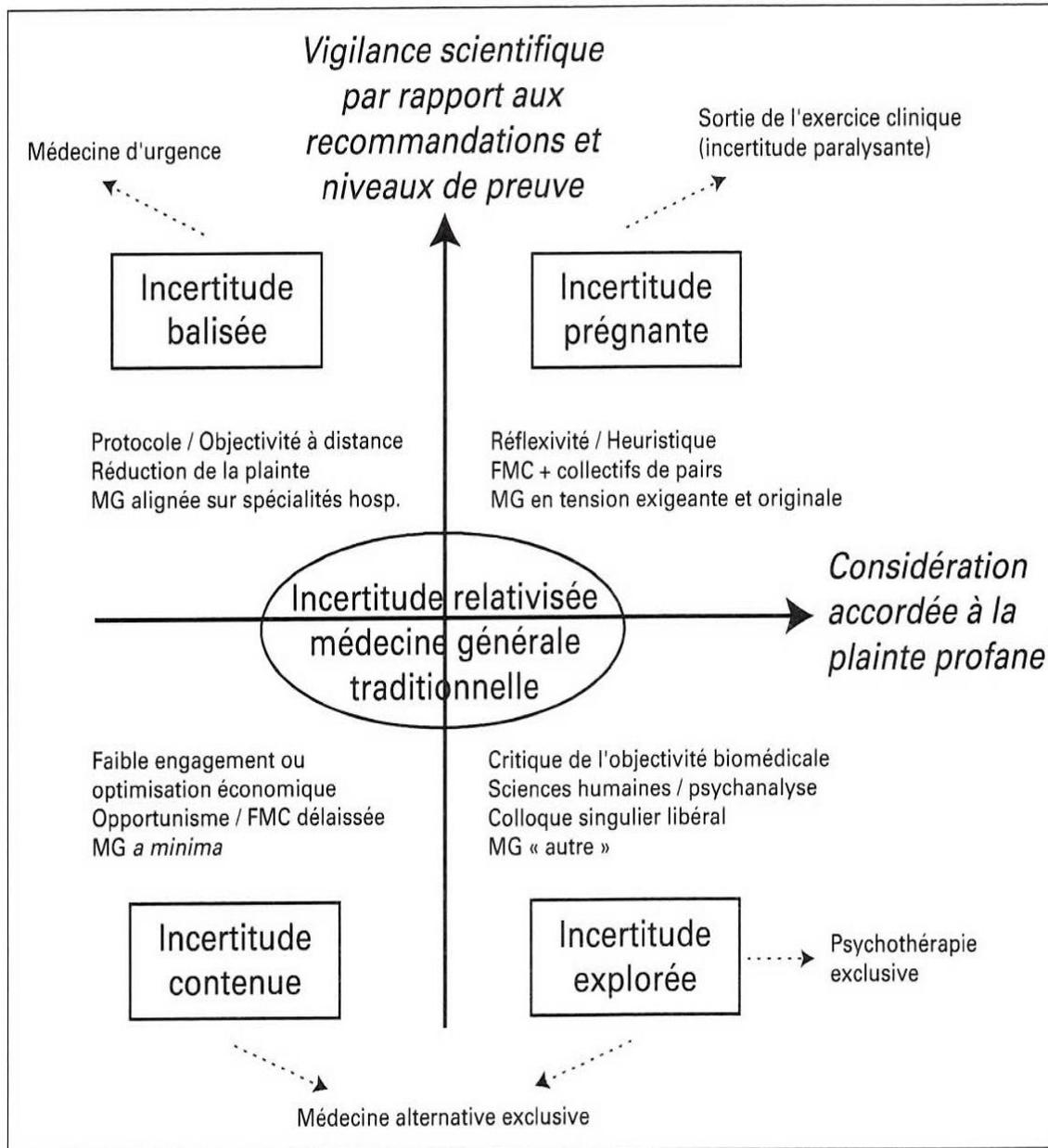
Selon vous quels sont les freins potentiels à l'application des recommandations ?

Quatrième partie : notion de Evidence Based Medecine

Que pensez-vous de la médecine basée sur des preuves scientifiques (EBM) ?

Est-ce que pour vous la médecine est une science exacte ? Pourquoi ?

Annexe 3 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale, G. Bloy (47)



Au centre, dans une médecine générale "traditionnelle" susceptible d'emprunter aux quatre quadrants, l'incertitude est relativisée, absorbée par les convictions du médecin et son expérience.

En haut à gauche, l'incertitude "balisée" est une stratégie de réduction de la plainte du patient à des standards scientifiques connus et maîtrisables. Ces praticiens valorisent le côté scientifique de leur prise en charge qui ne laisse que peu de place aux sciences humaines. Cette démarche de réduction de la complexité, même si elle peut correspondre à la demande de certains patients, ne prête peu d'intérêt en particulier à la médecine générale.

En haut à droite, avec une grande vigilance scientifique mais aussi du "discours-patient", se situe l'incertitude "prégnante". En effet, l'incertitude est ici maximale car la prise en charge comme la recherche d'une pratique de qualité sont poussées ici le plus loin possible, tant sur le plan biomédical que dans l'appréhension de toutes les dimensions du patient. Ces médecins tentent d'apprivoiser au mieux ces deux axes d'incertitude, essence de la médecine générale.

En bas à droite, l'incertitude "explorée" correspond à une prise de distance des standards biomédicaux. C'est souvent suite au bouleversement des certitudes étudiantes devant des plaintes ne cadrant pas toujours avec le respect des procédures que ces généralistes sont attirés par des pratiques alternatives.

En bas à gauche, l'incertitude "contenue" ne s'encombre effectivement pas de scrupules. La minimisation de l'effort ou la maximisation des revenus guide la pratique, qui se construit sur le déni de l'incertitude ou au contraire la multiplication d'exams et d'avis palliant les insuffisances cliniques.

Pour finir cette modélisation, les flèches pointillées représentent les fuites logiques possibles, en fonction des tendances.

Attention cependant à devenir trop réducteur : il est indispensable de garder à l'esprit une certaine dynamique du schéma. Les médecins peuvent évoluer au gré d'évènements professionnels ou personnels.

Annexe 4 : indicateurs de la ROSP (77)

THEME	INDICATEURS	POINTS
INDICATEURS D'ORGANISATION DU CABINET	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli.fr des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400
INDICATEURS DE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Nombre de dosages de l'HbA1	30
	Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 8,5 X	15
	Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1.5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1.3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	35
	TOTAL	250
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTÉ PUBLIQUE	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage du cancer de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie 35	35
	TOTAL	250
INDICATEURS D'EFFICIENCE	Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotiques	60
	Prescriptions dans le répertoire d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons)	60
	Prescriptions dans le répertoire de Statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

La valeur du point a est fixé à 7 €

Annexe 5 : les entretiens

Entretien A

Alors si tu veux bien, est-ce que tu peux te présenter, décrire un peu qui tu es ?

Bah euh je m'appelle XXXXX XXXX, j'ai 36 ans, je suis médecin généraliste, je suis thésé depuis octobre 2013 et pour le moment, je suis médecin remplaçant surtout en milieu rural, semi-rural.

Combien de patients tu vois par jour à peu près ?

Euh, bah quand je travaille, ça dépend complètement de l'endroit où je travaille euh, y a certains cabinets où c'est light hein, euh notamment les cabinets citadins, c'est plutôt euh euh ça peut aller de quelques fois, rarement, moins d'une dizaine, à semi-rurale grosse journée une grosse trentaine, une petite quarantaine par jour. C'est très variable.

Quel type d'activité extraprofessionnelle as-tu ?

Bah je fais du sport, bah du vélo, je fais du ski, j'aime bien nager, ça m'arrive de courir, c'est assez rare mais ça m'arrive de courir. Euh, j'aime bien sortir au resto, j'aime bien boire du vin, j'aime bien prendre l'apéro au bar et puis sinon j'aime bien les films, j'aime bien le ciné, récemment je me suis mis un petit peu aux séries américaines, c'est plutôt pas mal, j'ai regardé « Game of Thrones » et je suis en train de regarder « House de cartes », voilà, quoi d'autres...

Qu'est-ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Euh mon classement à l'internat, (*rire*), y a pas grand chose qui m'a donné envie à la base, c'était (*inspiration*) quelque chose de complètement subi, c'était pas quelque chose de choisi et aujourd'hui euh... je suis très content d'avoir subi ce sort et j'aurais pas fait personnellement un meilleur choix que celui là.

Qu'est ce que tu aimes dans la médecine générale alors ?

Euh... moi, je crois vraiment le truc qui me plaît le plus, c'est euh de rendre service aux gens, de les rassurer, et euh de me sentir utile pour les autres, c'est vraiment le premier truc qui me vient à l'esprit.

Ça tu l'as dans la médecine en général, enfin dans la médecine...

Je crois que je me sentirais moins utile euh dans un autre rôle médical, parce que je me sens utile dans un panel de questions plus large que euh que... en tant que spécialiste où je répondrais à une question ultra spécifique euh de manière partielle, peut-être très très pointue mais finalement assez partielle pour le patient.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ? Aux recommandations en général.

Bah, ma formation initiale ça a quand même été l'internat, qui commence à dater aujourd'hui mais voilà, c'était l'internat. Après, souvent par discussion avec potes, pour savoir comment dans telle situation, telle situation, telle situation, tu gères les choses. Euh... j'aimerais lire plus mais je lis pas tant et du coup c'est quand même une source de... de d'apprentissage... vraiment le plus fréquent, c'est si jamais, je suis en consultation et sur une situation particulière, je sais pas forcément ce qu'il faut faire précisément, j vais regarder sur internet euh sur les sites de l'HAS ou autres, ce qu'il faut faire dans telle situation.

Autre c'est-à-dire, par exemple ?

Ça dépend de la page Google que ça me donne (*rire*). C'est pas du tout une recherche personnelle ciblée, c'est plutôt euh ce que me répond Google et quel lien il me donne quoi. Ça reste des sites médicaux.

Quelle serait pour toi une bonne définition des recommandations ?

(Pause)

Bah euh, euh la meilleure des définitions, je pense que c'est les recommandations officielles donc celles de l'HAS.

Mais la définir... Qu'est ce que ça représente pour toi ? Qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

Pour moi, c'est la bonne pratique pour une situation donnée. Tu as un patient qui vient pour un problème de santé particulier, une pathologie ou un symptôme ou un syndrome et euh la réponse à apporter recommandée, c'est la bonne pratique.

Est-ce que tu sais comment elles sont faites ? Comment elles sont élaborées ?

Concrètement non, après j'imagine que c'est des comités d'experts euh qui sont référents dans telle, telle, telle discipline de la médecine euh... les pontes nationaux de la rhumato, les pontes nationaux de la neuro, euh... dans chaque discipline qui se réunissent et euh... voilà, l'état des lieux des, des, études sur telle, telle prise en charge et on a quelles sont les recommandations pour établir le diagnostic, telles sont les recommandations pour la prise en charge thérapeutique, telles sont... voilà. J'ai l'impression que c'est comme ça que c'est fait. Mais en concret, j'en sais rien.

Qu'est ce que tu en fais toi des recommandations ?

Pour être très honnête, si jamais je suis allé voir assez récemment un truc sur telle pathologie, peut-être que je me souviendrais de la recommandation mais dans ma pratique quotidienne, c'est pas quelque chose que je m'impose comme pratique personnelle. Il y a des fois, je connais les recommandations et euh dans la mesure du possible je crois que j'essaie de m'y conformer et quand je ne sais pas mais que j'ai une réponse personnelle, parce que j'ai déjà pris en charge telle ou telle chose et que jusqu'à présent, j'ai jamais eu un retour négatif de patient sur ça, bah je fais un peu comme j'ai eu l'habitude de faire jusqu'à présent.

Tu es plutôt sur ton expérience ?

Ouais, ouais. Mon expérience ou ce qu'on m'a appris euh pendant... mes maîtres de stage ou pendant mon internat, qui, peut-être depuis fait partie peut-être des recommandations

officielles et dans une autre partie certainement, plus partie des recommandations officielles. Mais je ne sais pas si je prescris pour le coup dans les recommandations ou si je suis complètement à côté de la plaque par rapport aux recommandations.

D'accord. Et ça te...

Ça me pose pas de cas de conscience.

Alors dans ce cas, pourquoi est-ce qu'il y en a des recommandations ?

C'est comme je te dis, pour répondre à tes questions euh... Quelle est pour toi la bonne définition des recommandations, je pense que c'est un ensemble de bonnes pratiques théoriques, en tous cas, les bonnes pratiques à la page et euh dans une de euh mes motivations à les suivre ou à pas les suivre, c'est que tu m'enlèveras pas de l'idée que la pratique de la médecine est « aussi » une affaire de mode et que du coup, y a des fois, des recommandations qui étaient officielles à une époque ne le deviennent plus et prennent carrément le contre pied. Tu prends le coup de la bronchiolite, il y a 10 ans, il y avait la kiné respi euh y avait certainement un petit peu de cortisone avec du Célestène, des conneries comme ça, aujourd'hui, c'est laisser faire, laisser faire quoi, pas de kiné, pas d'antibio. Euh... c'est juste DRP et rentrer chez vous et si jamais c'est grave, ou que ça vous inquiète, on le garde en surveillance à l'hôpital, juste pour la surveillance et on fait rien de plus. Donc euh... tu vois à dix ans d'écart, tu as un truc où tu as un traitement ultra actif, euh qui te donne l'impression de faire plein de choses et qui te donne bonne conscience, et de l'autre, aujourd'hui bah concrètement on fait rien. Et euh... pourquoi en dix ans, d'un coup c'est un grand écart aussi important, moi ça me fait relativiser un petit peu sur ces recommandations.

Est-ce que tu as d'autres exemples comme ça ?

Euh aussi marqués, aussi caricaturale que celui la, peut-être pas.

Non mais d'autres exemples ou si je peux résumer, tu ne fais pas trop confiance parce que ça change radicalement...

Bah, il y a d'autres exemples mais c'est certainement euh lié à la mise sur le marché de nouvelles thérapeutiques. Tu vois avant... euh les nouveaux antiagrégants plaquettaires, euh comme je sais pas moi, euh au tout début des études, euh le Plavix ça existait pas. On donnait que du Kardégic pré coro et encore, on savait pas trop si ça allait pas faire trop saigner au point de ponction, au niveau artériel fémoral et tout, on savait pas trop qu'il fallait décoaguler à fond. Aujourd'hui, ça paraît quand même marqué comme recommandation aujourd'hui, quand même prouvé, que une artère bouchée qui a du sang normal, bah elle fonctionnera mieux si jamais le sang est ultra fluide.

Donc là tu fais ce qu'on t'a dit de faire...

Oui (rire)

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ?

De manière individuelle, à mon échelon ou de manière générale ?

Les deux.

Je pense qu'il y a certaines recommandations qui sont plus propagées que d'autres. Me demande pas pourquoi. Je pense que c'est, euh, que il y en a certaines qui me touchent plus que d'autres. Mais j'ai quand même l'impression que tout ce qui est cardiovasculaire, les recommandations sont clairement plus connues et probablement plus appliquées que d'autres spécialités. En fonction de tel, tel, tel, tel protocole, il y a certainement des recommandations un peu plus disparates. Tu vois, je sais pas par exemple, dans la sclérose en plaque, euh, ou dans les maladies neurologiques, il y a pas mal de médicaments qui sont en ATU et tu peux pas vraiment avoir de recommandations. C'est plus les essais thérapeutiques, et du coup, ça donne cette impression que la médecine est encore en train de tâtonner un petit peu et que justement, on n'en est pas encore à l'heure des recommandations. Alors que tout ce qui est pathologie, justement, cardiovasculaire ou ça fait clairement depuis les années 50, 60, 70 qu'il y a des grosses, grosses, grosses études qui ont été lancées, il y a quand même des vérités qui paraissent, euh, un peu plus indéboulonnables que certaines autres quoi, dans d'autres spécialités. Et du coup, moi, j'ai l'impression qu'il y en a qui ont peut-être un peu plus de poids que d'autres, mais c'est un ressenti personnel.

Y a plus de morts cardio vasculaires que neurologiques non ?

Bah dans nos sociétés occidentales, jusqu'à il y a pas si longtemps que ça, c'était la première cause de mortalité mais grâce à ce progrès là, c'est clairement en énorme recul et probablement que la prochaine grande phase d'études et d'avancées médicales, ce sera certainement la recherche cancéreuse.

Pour toi, quels sont les freins à l'application des recommandations ?

(Hum). Bah les freins euh, bah déjà la méconnaissance, si tu les connais pas, les recommandations, tu peux pas les appliquer

Et si tu les connais ?

Alors si tu les connaissais et que consciemment, tu ne les appliques pas, bah euh, quelques fois, c'est pénible de les appliquer. Des fois, t'es pas d'accord alors tu as envie de faire comme à l'habitude.

Comment est-ce que tu pourrais ne pas être d'accord ?

C'est difficile en tant que praticien isolé, dans ton cabinet tranquille, euh de dire, moi je suis pas d'accord, avec probablement des énormes études, avec des gens très, très intelligents, qui les ont mis en place. Mais euh, on est tous un peu bêtes et du coup, des fois, on se croit un peu meilleur que les autres, et du coup, euh bah, que pour des raisons probablement, un peu d'égo, bah non, moi, je suis pas d'accord avec ces reco parce que je pense que c'est de la merde. Je pense qu'il y a un peu de ça et que tu te crois un peu plus malin en faisant comme avant, ou en faisant un peu différemment.

Après les freins aux recommandations, euh, (pause), l'esprit de contradiction (rire) j'sais pas ! Non, mais tu as des recommandations qui viennent de la sécu et y a des gens qui sont allergiques à la sécu. Il y a, euh, enfin c'est pas médical mais y a des gens, euh, on recommande d'avoir un

lecteur de carte vitale. Juste pour faire chier la sécu bah ils veulent pas de lecteur de vitale. (*rire*). C'est aussi une bonne pratique quoi, mais peut être, y a des gens qui aiment bien faire des feuilles de soins papiers. Bah j'sais pas. Freins aux recommandations...

Oui, y a des fois, tu as envie de faire un peu plaisir aux gens, enfin pas forcément faire plaisir, mais on a l'impression que les gens ont une certaine attente.

Etre conciliant peut être ?

Oui, arrondir les angles, conciliant, c'est peut-être le mot. Tu sens que les gens viennent, parce qu'ils pensent, qu'il y a certainement un traitement qui les améliorerait, sans aucune connaissance médicale et toi, euh malgré ton expertise qui te dicte de pas donner ce traitement, de manière un peu conciliante, comme je te disais hier un peu par lâcheté, pour pas décevoir, pour pas euh, pour pas décevoir. Faut pas oublier aussi qu'on a une pratique, qui euh, même si je suis remplaçant et que je prends très peu en ligne de compte le fait d'avoir une patientèle, ou une fidélisation de patientèle, bah tu vois, euh renvoyer quelqu'un dans ses pénates, en disant, bah écoute vieux, c'est comme ça et c'est pas autrement, et oui, je passe pour un gros con et je campe sur mes positions parce que je sais que mes positions sont valables, tant pis pour ta pomme. Bah c'est difficile à faire une fois, deux fois, trois fois, quatre fois dans la même journée. La première fois dans la journée, tu es en canne, t'y vas, non mais c'est vrai, puis euh voilà, tu prends un conflit dans la gueule, tu as un mec qui se barre en claquant la porte, ok c'est pas grave, je sais que j'ai raison, j'ai fait la bonne chose, j'ai fait le bon choix. La deuxième fois, rebelotte le mec, il te crache à la gueule, médecin de merde, moi je me connais, à chaque fois que j'ai ça, on me met sous antibio euh, ça passe au bout de cinq jours. Déjà, c'est que c'est pas les antibio qui le soignent, mais euh, ouais des fois, tu cèdes un peu, tu cèdes, c'est vrai, tu cèdes par, je maintiens mon mot, lâcheté, c'est un peu bon, bah ça fait pas, mais c'est pas grave, ça fait plaisir.

Et donc tu penses que ça serait différent si tu étais installé ?

Bah non, parce que j'ai déjà l'attitude d'un mec qui potentiellement pourrait être installé, avec l'idée de pas vouloir froisser les patients, donc non, je pense que ça changerait pas. Par contre, aller encore plus dans ce sens là, je pense pas. Je pense, je crois avoir une attitude raisonnée par rapport à faire plaisir, ouais quand même.

Oui, c'est pas à tous les coups...

Ah non, non, enfin quand même, enfin quand même pas, enfin j'espère. En fait, quand ils reviennent pour la deuxième fois, je dis oui quoi ! (*en riant*) enfin non...

Après, je sais pas, c'est un peu, un peu compliqué l'entretien parce que du coup, tu as tendance à bloquer sur certaines recommandations et en fait, y en a tellement que c'est difficile de les concentrer toutes et de faire une réponse globale sur les recommandations.

Tu peux me donner des exemples pour certains trucs, tu fais comme ça et pour d'autres plutôt comme ça...

Ca restera des exemples très particuliers, et non pas sur les recommandations en général. Moi, je pense là où les recommandations sont les moins appliquées, c'est certainement dans le, les bilans, dans la démarche diagnostique. Je pense qu'alors là, (*bruits de bouche*) globalement, la profession n'est absolument pas uniforme. Tu vois, par exemple, quand ça t'arrive de

reprendre un peu les manettes et de, euh, qu'il y a un doute sur la polyarthrite rhumatoïde, y a des mecs qui vont faire des trucs mais genre rien à voir. Ils vont faire des facteurs anti nucléaires et toi tu es là, mais quoi ? Pourquoi faire ? Je veux dire, il y a deux trucs quoi, les anticorps anti-citrulline et le facteur rhumatoïde, et c'est tout, et c'est merci au revoir. Et une CRP. C'est tout. Evidemment, tu fais une VS, alors le reste mettre la ferritine et des conneries dans le style, tout le monde va le faire pour faire plaisir...

Peut-être que c'est écrit quelque part pour les diagnostics différentiels non ?

Ils vont un peu à la pêche à l'aveuglette. C'est euh tiens, je vais faire une électrophorèse des protéines sériques et si jamais j'ai une élévation des globulines, peut-être que j'irais chercher ailleurs. Et la question à la base c'était quoi ?

Quels sont les freins à l'application des recommandations... bah ouais pour moi le principal, c'est certainement de pas les connaître du coup. Par manque de sérieux dans la formation continue. Moi, c'est ce qui est l'énorme challenge et l'énorme pression euh je trouve dans notre métier de généraliste, c'est d'être au taquet tout le temps, sur tout... et ça euh, bah, c'est quand même chaud, parce que t'es censé quand même voir tes patients au cabinet la journée, et c'est pas pendant ce temps que tu peux te former. Et il faut te former sur ton temps libre, et ton temps libre, c'est bien aussi de le passer euh autrement qu'en se formant quoi.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? l'EBM ?

Evidence Based Medicine, et bah, écoute, je vais faire une réponse de politicien parce que je vais d'abord répondre à une autre question, et puis finalement répondre à ta question. La première fois que j'en ai entendu parler, c'était Papa, qui avait dit, tu vas voir, c'est la révolution, c'est la future façon de pratiquer la médecine. Euh, j'étais étudiant en médecine, je devais être en 2^{ème} ou 3^{ème} année, il avait eu une formation là-dessus, parce que ça venait euh du Québec ou quelque chose comme ça, et je me souviens vraiment de l'idée générale de son discours. C'était plutôt jusqu'à présent, on pratiquait la médecine un peu au petit bonheur la chance, en se disant tiens, ça, ça marche un peu, euh et euh, mais on sait pas trop pourquoi et c'est pas prouvé. Et c'est peut-être une démarche un peu moins scientifique que d'autres domaines de science justement. Et il m'avait vraiment vendu ça, que le futur de la médecine et il m'avait filé de la doc qui venait de la sécu, et ça, ça doit remonter à y a, y a, ça devait être 2000-2002 donc y a 10-14 ans. Et j'ai pas l'impression qu'il y a eu une percée de la médecine basée sur les preuves, réelle, dans ma pratique quotidienne, et je pense que c'est regrettable parce que les recommandations, sont évidemment basées sur cette médecine basée sur les preuves scientifiques. Pour que le plus grand nombre bénéficie des meilleures pratiques et que le traitement soit optimal et actualisé.

Donc tu penses que l'EBM peut-être appliqué en médecine générale ?

Evidemment, par contre faut être au taquet des dernières connaissances. Faut tout le temps être au courant des dernières avancées dans tous les domaines, et c'est là où c'est très compliqué. C'est que non seulement, c'est un boulot à temps plein au cabinet, mais c'est un deuxième temps plein pour se tenir au courant tout le temps. C'est là où la composante est très compliquée à tenir, moi c'est un aveu de faiblesse de pas pouvoir, euh, bah passer tout le temps nécessaire pour être tout le temps au taquet sur tout. Faudrait euh des journées de 36h quoi, et encore, je sais pas, parce que je sais pas si j'aurai le goût de mettre le nez dans l'apprentissage

perpétuel quoi. Ah tu vois, on s'est quand même coltiné des études assez longues, avec des examens euh pas toujours faciles, deux concours sélectifs, tu as un peu envie aussi de te dire que tu as envie de souffler, et avoir une petite pratique à la papa quoi. Tu vois, tu arrives au cabinet, petit café tranquille, tu tapes la bise aux secrétaires euh, tu fais tes consult's euh merci au revoir, tu rentres à la maison quoi. Une certaine facilité et confort à pratiquer comme ça. C'est clair. Même si c'est pas la pratique la plus recommandable, parce que ça va quand tu sors de l'internat ça. A peu près. Je pense que si tu fais ça pendant 40 ans, à la fin de ta carrière euh (*rire*) c'est pas génial quoi, c'est pas génial. Tu n'es plus trop à la page quoi.

Est-ce que tu penses que la médecine est une science exacte et pourquoi ? (silence)

Science exacte euh, non absolument pas mais.... Non absolument pas, enfin les maths, tu as beau tourner dans tous les sens, 2+2 ça fera toujours 4. Par contre, un mec qui vient avec tous les signes cliniques, je sais pas, mettons d'une sinusite, et euh tu lui mets le même antibiotique, alors déjà y en a qui vont être allergiques, donc tu pourras pas mettre le même, et tu lui mets le même traitement complémentaire, en plus de l'antibiotique, bah y en a un qui en 24h va être guéri, l'autre bah il va soit faire une résistance sous antibiotique soit euh, soit pas être soulagé, soit euh c'est évidemment pas une science exacte. Et la composante, aussi aux recommandations, qui est à considérer, c'est que les recommandations, tu en as qui... Qui va te dire qu'une fois rentré chez lui, le patient, il va appliquer le traitement que tu lui donnes ? Peut-être que le patient, il en a rien à foutre... tu as beau être au taquet, un mec qui refuse de prendre tel traitement pour telle, telle, telle raison sans t'en informer, bah c'est compliqué tes recommandations. Après science exacte, non, c'est pas du tout une science exacte. Et la deuxième partie de la question c'était quoi ?

C'était pourquoi ?

Pourquoi c'est pas une science exacte ? Parce que déjà, c'est pas une science reproductible, un patient à un autre que euh... euh le facteur humain est beaucoup trop complexe pour pouvoir considérer que c'est applicable à tout le monde. Pas possible.

Donc faut appliquer l'EBM à toute la médecine, alors que ce n'est pas une science exacte ?

C'est où est toute la contradiction de la chose, à partir du moment où tu parles de médecine basée sur des preuves et que tu en tires des guidelines, c'est forcément des recettes universelles pour des situations individuelles, et euh ça paraît totalement contradictoire avec le fait de dire que la médecine n'est pas une science exacte. Le truc, c'est que tu sais que les études sont à priori faites sur des grandes cohortes de patients. Ça va marcher sur un maximum de personnes donc ça sera une sorte de traitement statistique et qu'il y aura forcément des gens qui vont sortir de cette statistique, et qui seront moins bien traités. C'est ce qui met un peu en échec les recommandations, mais c'est là où du coup euh, euh, la science à ses limites. Et c'est pour ça que le cliché, de la médecine est un art, à la vie dure, c'est que justement quelquefois, l'application de recommandation pure et dure, c'est pas toujours valable. Et du coup, il y a cette espèce de petite euh petite vista, petite patte du praticien, petit nez creux du mec qui a de l'expérience, qui va sortir de sa boîte magique euh un truc qui est absolument pas reco. Mais crois le ou non, ça va marcher. Ça va marcher. T'en sais rien, mais c'est comme ça, et ça, c'est pas prouvable, c'est pas scientifique. Même si je, je, voudrais croire que c'est pas le genre de

truc qui devrait marcher en médecine. On est forcé de constater que, je sais pas si ça tient à une certaine forme de charisme du médecin qui peut prescrire ça, une force de persuasion, un effet placebo euh ce que tu veux derrière... Regarde toute la place que laisse justement la médecine actuelle aux gens qui ont des doutes, justement sur l'efficacité, aux médecines parallèles. C'est euh, et alors ça, et alors pour le coup on ne peut pas vraiment dire que ça fasse partie des recommandations. Et pourtant, les gens, euh, peuvent y croire, donnent du crédit et dans certaines situations te soutiendront bec et ongles, que ça les a soigné et c'est probablement vrai, parce qu'il y a une telle force de l'esprit dans la guérison et dans la, dans la maladie.

Est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

Bah que moi, c'est quand même source de stress parce que justement, je l'avoue avec beaucoup d'humilité, mais je les connais clairement pas toutes et loin de là. Et, en fait, du coup, c'est une certaine forme de mise en échec pour moi, de pas les connaître, de pas savoir si j'applique les bonnes choses, au bon moment. Et que du coup, euh, bah savoir si j'ai donné euh, pas dans les petites situations banales merdiques, mais dans les situations plus sérieuses, bah toutes les chances à mes patients quoi, et ça du coup, c'est vrai que c'est, euh, c'est source de parfois, inquiétude et souvent de stress, mais euh j'en dors la nuit quand même. J'en dors la nuit (*rire*).

(pause)

En consultation, tu vas pas aller chercher tout de suite et ben, tiens là, je suis pas au courant du coup, ouais, je vais aller sur internet et de voir c'est quoi la reco dans telle, telle, telle situation. Ah non, moi j'ai pas ce réflexe là quoi.

Et tu as l'impression que tu es mauvais médecin ?

Je crois pas que ce soit là le problème, être perçu comme bon ou être perçu comme mauvais, tu m'enlèveras pas de l'idée que la perception qu'ont les gens sur le fait d'être, d'être bon ou mauvais, ça n'a rien à voir avec le fait que tu appliques ou non les reco. Ça a avoir avec le fait que tu as une attitude, qui donne l'impression, que tu prends les choses à bras le corps, qui les rassure euh et ça, ça, n'a rien à voir avec les recommandations. Ça a rien avoir avec le fait d'être reco ou pas reco, la perception des gens, que tu sois bon ou mauvais... c'est que tu vas être bon, si jamais tu es dynamique, que tu donnes l'impression de connaître ton sujet, alors que tu connais rien et que tu bluffes quoi !

Tu vois ? Mais c'est vrai que tu vas pas chercher systématiquement telle démarche diagnostique pour telle situation à chaque fois.

La dernière fois que je l'ai fait, c'est cette semaine, sur une diarrhée à Clostridium Difficile. Je savais que, en première intention, c'était Flagyl®, mais je sais pas pourquoi, j'avais en mémoire que si jamais ça marchait pas, en deuxième ligne, fallait éventuellement mettre du Ciflox® ou de l'Oflozet®, quinolone. Alors déjà, j'étais vraiment pas sûr de ça, parce que tu me demanderais, le Clostridium Difficile est-il sensible aux quinolones, bah, je te dirais, bah, je crois, mais j'en sais rien en fait parce que je suis pas infectiologue. Et du coup, je suis allé chercher sur internet et je suis tombé sur la page maladie infectieuse du CHU de Rennes "recommandations pour Clostridium Difficile". Alors, effectivement, c'est Flagyl® en première intention, si jamais tu fais un contrôle de la coproculture, et que tu remets en évidence le Clostridium Difficile, et qu'il y a

pas de résistance au Flagyl®, bah tu remets dix jours de Flagyl®. Et si jamais, ça récidive encore, c'est marqué "demander un avis spécialisé". Donc en gros, mes fesses quoi, tu parles d'une reco. Si c'est dit, demandez un avis spécialisé, c'est comme les agents immobiliers, quand ils osent pas mettre le prix, et pour plus d'info, nous consulter quoi. Tu vas voir ton gastroentérologue qui va mettre un peu de ci un peu de ça... alors reco (*pfiff*) mon cul quoi.

Mais du coup, tu vois, c'est la dernière fois que j'y suis allé, parce que pour le coup, je voulais vérifier que j'allais pas être délétère, voir nocif pour la patiente. J'aurais été au fin fond de la cambrousse, sans aucune source d'info et tout, mais quand même avec une pharmacie, avec toute la pharmacopée disponible, je crois que, soit j'aurais rien fait quoi, premièrement, ne pas nuire, soit on m'aurait dit le fusil sur la tempe faut faire quelque chose, je crois que je l'aurais mise sous Oflozet®. Mais, euh, tu vois, je ne sais même pas si c'est actif sur Clostridium.

(*pause*)

Je me sens assez loin de ce genre de considérations, parce que quand tu sors de l'internat, tu es une sorte de bébé de la médecine. Et euh, c'est comme si tes profs c'étaient tes parents, et l'instruction que tu as reçu, c'était l'éducation, et on t'a dit, ah, là, là, c'est bien de tendre la main droite et dire bonjour Madame plutôt que dire bonjour tout court. Et du coup, effectivement tu t'appliques à fond, du coup gentil élève, la raie sur le côté, je vais appliquer quoi, parce qu'on m'a dit, que c'était comme ça. Puis deux jours plus tard, ton mec y revient en disant « putain, votre merde, ça marche pas quoi » ! Du coup, tu dis ah bah... ça marche pas, on va faire comment maintenant. Bah du coup, tu es obligé de faire ta petite recette et euh... et des fois, faire des traitements comme tu t'étais bien foutu de la gueule de ton maître de stage, en te disant, il est con, il fait sa sauce, il fait pas les reco quoi. Mais n'empêche que le mec, il revenait pas quoi, ça marchait ! C'est con mais ouais !

Mon retour d'expérience personnelle, c'est que il y a certains cas ça marche pas. Je remets pas en cause que les reco pour le plus grand nombre, ça ne marche pas, je sais pas, je les ai pas faites. Pour les otites, si on dit au patient de revenir au bout de 48h, c'est mal perçu. Les patients se disent, il y connaît rien, il est pas sûr, qu'est-ce qu'il faut que je fasse, je mets les antibio, je mets pas les antibio ? « Allez, je vous dirai ça dans 48h », « non mec, moi je veux une réponse, maintenant, tout de suite. Si jamais tu me l'as donné pas, c'est que t'es mauvais ». « Oui, mais, c'est les reco ». « J'en ai rien à foutre moi des recos ! Moi je veux pas revenir dans 48h, parce que je suis déjà venu, j'ai dû me prostituer pour avoir un rendez-vous, parce que, parce qu'il y avait pas de place, et donc non, je reviendrai pas dans 48h, et non j'ai pas envie que vous me fassiez passer entre deux... » parce que ça les fait chier de revenir quoi. Bien sûr, qu'il y a des reco qui sont applicables, et d'autres qui sont utopiques, qui sont pas applicables ! Parce que, c'est pas compatible avec la vie d'un cabinet, c'est pas compatible avec la vie des gens, c'est pas compatible avec la capacité de l'humain, que de temps en temps, il a pas envie de se faire chier. Et oui, je pense que j'ai déjà un point de vue de plus vieux que des gens qui viennent juste de sortir de l'internat, parce que ça fait 6 ans que je suis plus à la fac, que euh, le, le, j'allais dire, le lavage de cerveau avec les reco, bah je l'ai plus, et que du coup, t'es bien obligé de te débrouiller dans ton coin et la façon que tu as de te débrouiller dans ton coin et bah curieusement, c'est pas les reco. C'est plutôt de la cuisine. Et curieusement, j'ai l'impression que les gens m'apprécient beaucoup plus maintenant, qu'à la sortie de l'internat, où j'étais beaucoup

plus reco (*rire*). Quand je sortais de l'internat, c'était putain, il est chiant, il est rigide lui ! Donc, oui, je suis à la frontière entre les jeunes et les vieux ! Et puis, c'est un combat de tous les jours, si jamais tu veux appliquer, appliquer, appliquer... faut que tu te justifies, euh... au bout d'un moment, tu capitules quoi, on va faire de la merde, allons y, (*rire*) y a un peu de ça...

Entretien B

Dans une première partie, je vais te demander de te présenter

D'accord, XXXX XXXXX, j'ai trente ans, je me suis installé il y a à peine un mois et demi (*rire*), c'est récent. Euh, j'ai soutenu ma thèse, donc l'année dernière, et puis je fais des remplacements depuis environ deux ans, hein dans une maison médicale en Ardèche. Tu veux savoir un peu le parcours derrière ? Euh moi j'étais à la fac à Lyon, j'ai fait mon internat aussi en Rhône Alpes, donc l'internat de médecine générale, euh j'ai fait un an en médecine ambulatoire, et le reste, le parcours classique, urgences, médecine polyvalente euh puis voilà quoi.

Est-ce que y a quelque chose qui t'intéresse plus particulièrement dans la médecine générale ?

La diversité et la possibilité de euh se fixer soi-même certaines limites, de ne pas être cantonné à un exercice dès le départ. Voilà, c'était ce qui était intéressant, au départ pour la médecine générale.

Donc raconte-moi, qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine ?

Et beh... je ne sais pas trop, je voulais faire ça depuis que j'étais tout petit, alors que personne dans l'entourage proche euh, soit dans la santé même. Je ne sais pas, le côté de soigner, après au départ, peut-être, c'était de peut-être soulager les gens, euh, parce que ça me faisait de la peine de les voir mal ou tristes. Puis après, j'aimais ce côté un peu enquête, chercher, et résoudre des énigmes et puis c'était surtout travailler avec des êtres humains. Voilà, ce n'était pas un boulot cantonné derrière une machine, et puis finalement, euh plus les années ont passées à la fac, moi, ça me plaisait, donc c'est un peu paradoxal, et l'internat m'a bien réconcilié avec tout ça. Le fait d'avoir finalement des débuts de responsabilités, d'avoir l'impression de servir un peu quelque chose, de manière très humble et bein voilà, ça m'a plu.

D'accord et quel type d'activité extra professionnelle as-tu ?

(*Rire*) Heu et bein, avant d'arriver en Ardèche, je m'occupais d'une association sportive, j'aimais bien ça. Depuis que je suis ici, je fais rien de particulièrement extravagant. (*Rire*) Je me promène euh, je fais du sport, non je n'ai pas d'activité particulière régulière, j'aime bien toucher un peu à tout, dès qu'il y a quelque chose qui m'intéresse ou des gens qu'ont des passions un peu différentes des miennes, j'y vais franchement.

Alors, on va rentrer un peu plus dans le sujet, comment te formes-tu aux nouvelles recommandations ?

Hum... comment je me forme aux nouvelles recommandations ? Essentiellement par internet, alors je consulte quel genre de site, c'est peut être une autre question ça.

En fait c'est assez libre comme entretien...

Alors très souvent sur internet, par rapport à des situations que je rencontre en consultation évidemment, j'ai pas le temps de le faire tout de suite, mais je le fais souvent le soir ou le lendemain, euh, bah, c'est des sites de référence euh, l'ANAES, l'HAS, les sociétés savantes, et parfois simplement sans grade professé très élevé, mais des articles scientifiques que je trouve par hasard, on va dire, sur des moteurs scientifiques, ça peut être CISMEF, très souvent

c'est celui-là puis après c'est PubMed quand vraiment j'ai le temps, et que je cherche quelque chose de particulier, une autre source bah, c'est mes collègues... euh bon, j'essaie de plutôt demander aux jeunes (*rire*) voilà.

Pourquoi ?

Et bah souvent parce qu'on a les mêmes, les mêmes questionnements, je me rends compte qu'on cherche souvent au même endroit, donc c'est peut être un biais dès le départ, mais je me dis que, il ou elle a cherché, ce que j'aurais cherché à peu près aux mêmes endroits. Sinon mes autres collègues, bah ça dépend de leur formation, ce qu'ils ont fait avant et je demande. Je suis pas abonné à des revues particulièrement parce que j'ai pas le temps de les lire, peut-être que j'ai pas envie non plus de les lire le soir. Sinon euh, je pense que dans un futur très proche, je vais m'inscrire à des groupes pour faire des formations de manière assez régulière, voilà. Parce que je pense, qu'il y a plein de choses que je ne connais pas et qui seraient importantes à savoir rapidement.

Des groupes de pairs ?

Ça peut être des groupes de pairs mais après ça, pour se former, ce n'est pas évident, c'est plus euh, pour l'exercice personnel, après la formation théorique euh, c'est vrai que moi en sortant de la faculté, il y a pas si longtemps, bah j'ai pas trop envie. Je dis pas que je sais tout, mais on sort de quelque chose de très scolaire donc euh, enfin de très théorique, donc c'est vrai que j'ai tous les supports encore à la maison, tout frais, j'ai des classeurs plein à craquer, de tout plein de recommandations, donc c'est vrai que... voilà. C'est à peu près tout.

Finalement qu'est-ce que ça veut dire pour toi les recommandations ?

Les recommandations pour moi elles ont deux intérêts principaux. Le premier, c'est lorsqu'on ne sait pas, c'est un support fiable pour faire quelque chose qui rassure en se disant « c'est pas moi qui ai dit qui fallait faire comme ça » donc c'est sur ça, c'est rassurant (*rire*). On se dit, on pourra pas m'en vouloir, euh voilà, le corps médical dans sa splendeur a décidé qui fallait faire comme ça donc on m'en voudra pas. Le deuxième intérêt, c'est que lorsqu'on a une situation un peu euh difficile, que ce soit au niveau diagnostique, ou relationnel, on a du mal faire passer un traitement, un message ou une explication, bah ça reste quand même quelque chose qui nous rend légitime dans ce qu'on fait. Voilà. C'est une part un peu rassurante, d'un point de vue, ben ça peut être médico-légal, et puis au niveau de ce qu'on fait, on se dit, je fais quand même euh quelque chose de professionnel, c'est validé, je ne fais pas n'importe quoi. Après le côté un peu négatif de ces recommandations, c'est que je trouve ça dommage, des fois, dans le sens où se fier qu'aux recommandations, ça ne s'applique pas forcément à toutes les situations cliniques, et on perd le côté sympa de la médecine qui est de réfléchir et de prendre tous les éléments pour décider. Une recommandation, elle est très binaire, très souvent. Elle est « colle à la reco, colle pas à la reco, si colle pas à la reco voir une autre reco ». Bon. Alors une fois sur quatre, ça va. Les patients, on arrive à les faire coller là-dedans mais sinon c'est difficile. Une recommandation; pour moi c'est euh, voilà, c'est un peu notre bible, tu décides de suivre bah c'est bien, tu décides de pas suivre bein faudra justifier pourquoi tu l'as pas fait. Mais si tu peux le faire... bah moi, je vois pas pourquoi... Mais pour un jeune médecin, je pense qu'il faut... qu'il faut avoir un minimum d'expérience pour pouvoir dire je vais pas suivre une

recommandation et de pouvoir l'argumenter de manière euh scientifique et objective, parce que se baser sur une expérience qui est quasi nulle, euh bah notre seul référentiel, c'est ce qu'on a appris et ce qu'on a appris ça vient des recommandations. Donc ne pas les suivre, c'est quelque part un peu paradoxal quand tu commences à exercer.

D'accord euh est ce que tu as une idée de comment elles sont élaborées ?

(*Soupirs*) Je pense, alors il m'arrivait très rarement de lire les recommandations de la HAS du début jusqu'à la fin et je vois un peu comment ça s'est passé les comités de lecture, de relecture, les gens, qui étaient conviés, comment ils avaient été choisis mais hum j'avoue que certaines fois, il y a certaines recommandations, je sais pas sur quoi elles s'appuient et je sais pas comment on les a construites même en ayant parcouru l'ensemble de la recommandation. Après la plupart du temps, c'est construit de la même manière, c'est-à-dire un groupe de médecins sélectionnés selon leurs compétences reconnues ou leurs orientations professionnelles. (*Reprend son souffle*) Et ensuite, c'est soumis à une espèce de vote très souvent euh, il y a des accords qui tombent rapidement ou pas. C'est relu, c'est soumis après à expérience euh pratique, sur le terrain et après c'est validé donc très souvent, c'est des recommandations qui ont un peu de retard sur les situations actuelles par exemple et pour le diabète euh les recommandations actuelles, elles sont plus du tout euh hum adéquates par rapport à ce qui se fait et ce que recommande les sociétés savantes euh qui sont beaucoup plus réactives voilà. Après, est ce que ça se fait dans des salles obscures avec des dessous de table, je pense que ça se faisait à une époque, mais je pense que ça ne se fait plus.

Donc en quoi les recommandations te servent elles dans ton exercice, tu as un petit peu répondu...

Elles me servent essentiellement lorsque je ne sais pas. Donc, ce qui arrive quand même souvent, bah faut être honnête, lorsqu'on sait pas ou lorsque je me souviens pas exactement, alors un exemple, ça peut être une posologie, ça peut être un choix d'antibiotique, ça peut être euh une ligne de traitement par rapport à une autre, euh bah, elle intervient rapidement la recommandation bah parce que... bah parce qu'elle pallie à un manque de connaissance théorique. Et après, elle peut me servir euh moins souvent lorsque j'ai des situations ou j'ai décidé de faire une prise en charge et lorsque ça coïncide, que ce soit au niveau de l'évolution clinique ou des patients, c'est-à-dire, lorsqu'ils sont pas satisfaits d'une prise en charge et bah j'essaie de me servir des recommandations pour me « couvrir ». J'aime pas ce mot, mais pour essayer d'avoir un peu plus de poids dans ce que je fais. Et après elles peuvent me servir à moi, pour ma culture, savoir ce qu'on fait dans tel cas mais ça je t'avouerais que c'est beaucoup plus rare. Mais dans la... finalement la formation qu'on a, c'est que des recommandations donc finalement lorsque tu ne sais pas, c'est que tu sais pas c'est quoi la recommandation.

Moi, mon problème c'est que je ne me souviens pas de tout ce qu'on m'a appris. C'est juste, je pense, hum, qu'on a un volume de données à assimiler assez important, que malheureusement notre parcours d'interne et puis même d'externe d'avant, nous permet pas de faire le tri de tout ça. Alors, je vais me souvenir du syndrome à la con que je verrai jamais et euh alors que pour certaines pathologies plus fréquentes, sur des questions bon bah voilà que je rencontre pas tous les jours, mais qu'on m'a appris, bah voilà il y a pas longtemps et bah je me souviens pas, donc la recommandation, là elle m'aide parce que tout simplement, il me manque

la connaissance. J'y ai eu accès à un moment, je la savais mais je ne la sais plus, d'où la nécessité pour nous, les médecins à se former tout le temps sur ce qu'on ne sait pas et sur ce qu'on pense savoir.

C'est quoi pour toi les freins à l'application des recommandations ?

Bah très souvent, c'est le patient parce que la recommandation voudrait qu'il fasse telle ou telle chose, mais son environnement fait que c'est pas possible. Ses croyances personnelles aussi, euh, et du coup, on est tout de suite hors reco, parce qu'il y a plus une recommandation qui colle à ce patient et à l'environnement. Euh après, il y a aussi l'expérience du médecin alors là, je parle, je pense pour mes collègues plus âgés, qui par leur expérience bah la recommandation dit ça, mais finalement en pratique, ils se rendent compte que... mais pour faire ça, je pense qu'il faut avoir un volume de patients suffisants, pour se permettre d'aller à l'encontre de grosses études ou de méta analyse, qui ont recruté des centaines de milliers de patients.

Quel est ton avis justement sur ces médecins qui font un peu à leur sauce ? Basée sur leur expérience.

Alors j'ai deux opinions qui sont très contradictoires sur ces gens-là. Le premier côté, je trouve ça admirable, je me dis super, ils font un métier qui est quand même... enfin, on se sert de ses mains, on se sert de ses oreilles, on se sert de ses yeux. Ah, c'est un art quelque part la médecine, et je les retrouve un peu là-dedans, c'est-à-dire qu'ils ont façonné leur manière d'exercer et ils s'appuient sur leurs expériences, un certain savoir-faire qu'ils ont acquis donc je trouve ça beau, quelque part de dire, non mais moi je sais, je palpe, je fais comme ça. Bon. Et le côté totalement opposé à la vision positive que j'ai, c'est que je me dis, c'est des gens qui sont très surs d'eux et qui sont limite imbus de leur personne parce que, qui sont-ils pour dire non, tout le monde dit qu'il faut faire comme ça, mais moi je dis que non, et je trouve ça un peu prétentieux parfois. Alors les deux, s'enchevêtrent très souvent. Mais la plupart du temps, je trouve que quelqu'un qui argumente ce qu'il fait bah, ça me pose pas de problème, mais faut que ça soit des gens qui soient quand même ouvert et qu'ils se forment. S'ils se forment souvent et qu'ils continuent quand même à faire certaines choses, parce qu'ils pensent que c'est mieux, ça ne me pose pas de problème. Quelqu'un qui est dans son coin, qui décide de faire ce qu'il veut et qui suit aucune des recommandations, qui se forme pas du tout qui euh et bah qui finalement est pas très ouvert, ça pose un problème.

Tu as l'impression que c'est fréquent.

C'est très fréquent. C'est très fréquent, mais en même temps, moi, je travaille dans un milieu rural alors est-ce que c'est un biais, je sais pas. Est-ce qu'en ville, ils font comme ça aussi, et bah je sais pas, mais en tous cas, il y a des fortes personnalités avec des gens qui ont exercé souvent de manière un peu isolée, qui étaient un peu tout à la fois, le médecin, le pharmacien le dentiste, le confident, le curé, le maire. Bon, j'exagère mais euh souvent, c'est des gens qui ont beaucoup de charisme, en tous cas ceux que j'ai rencontrés. Et je me dis que c'est incroyable qu'il fasse ça, moi, on m'a jamais appris ça, mais il a l'air tellement sûr de lui quand il l'explique que tu as envie d'y croire. C'est beau, ça rejoint un peu le côté, c'est des artistes quoi, mais on n'est pas des artistes. On n'est pas des artistes. La médecine peut être considérée comme un art parce que il y a un certain... il faut avoir du feeling, faut ressentir certaines situations, les gens mais

euh, faut pas se prendre pour des intermittents du spectacle hein (*rire*), on nous a appris des choses, il faut les appliquer et ça doit rester un peu comme ça je crois.

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ? Ou est-ce que tu as l'impression qu'il n'y a aucun impact ?

Si si, l'impact le plus clair... alors après, c'est pas seulement les recommandations, c'est toute la santé publique mais par exemple les antibiotiques, maintenant un médecin ne prescrit plus ou très rarement un antibiotique juste pour faire plaisir, sans examiner. Bon, il y a ça déjà, et puis après, il y a toutes les recommandations par exemple pour les traitements qui peuvent créer des dépendances, les médecins ne donnent plus des choses parce qu'ils ont l'habitude et que ça soulage bien et que c'est facile, il m'emmerdera plus, voilà je lui donne ça il sera content, non non, j'ai l'impression quand même, que les recommandations ont mis des bornes. Et parce qu'elles sont acceptées par tous et reconnues par tous, et bah finalement, c'est difficile d'en sortir, et bah de dire moi, je vais faire différemment parce que j'ai envie et puis c'est comme ça. Alors un des côtés positifs aussi de l'évolution de la santé, c'est aussi le côté financier qui est peu moins malsain, l'industrie est moins présente dans toutes ces recommandations, il y a plus de lisibilité, les gens ont moins d'à priori à suivre des conférences de consensus parce que c'est beaucoup plus impartial, mais moi je peux comprendre qu'il y a une vingtaine d'années, les gens qui se réunissaient, je sais pas trop et qui disaient bah faut faire comme ça bah parce que nous ça nous plait euh et bah... les autres ils avaient pas envie de faire pareil, je comprends qu'ils avaient pas envie de faire pareil. Aujourd'hui, je trouve qu'il y a un système qui marche bien avec les recommandations et il faut s'en servir. Après, elles ne s'appliquent pas tout le temps mais si on peut l'appliquer, il faut l'appliquer, c'est... il y a des gens qui ont passé des centaines d'heures à les élaborer et je pense que c'est des personnes qui savent de quoi elles parlent.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur des preuves scientifiques, l'EBM ?

Je pense que notre mode de vie actuel nécessite une pratique comme celle-ci. Les gens ont besoin d'avoir en face d'eux quelqu'un qui respire la sérénité, qui sait de quoi il parle et qui s'appuie sur certaines choses. Le corps médical exige de nous aussi médecins, qu'on s'appuie sur ces choses-là sauf qu'euh cette pratique de la médecine qui est en somme bonne, je trouve à des limites. Et les limites, c'est notamment sur tous les problèmes somato psychologiques ou finalement, le côté scientifique des choses n'apporte rien. Une fois qu'on a éliminé bien entendu, tous les diagnostics euh possibles et imaginables, qu'on a éliminé d'autres diagnostics, le patient ne va pas forcément mieux. On a fait de l'EBM, alors oui, on se centre sur le patient, on lui demande ce qu'il veut mais ça s'arrête là. Alors qu'est ce qu'on fait d'autres ? et bah, je pense que euh bah, c'était un peu le sujet que j'avais fait dans ma thèse, d'avoir une autre approche de la médecine, c'est dire se placer plutôt pas en spectateur mais en collaborateur du patient, c'est-à-dire bah peut être, que lui, il sait pourquoi ça coince et bein c'est pas de l'EBM. C'est pas en contradiction avec l'EBM mais je pense que l'EBM voilà, c'est le socle du départ mais après il faut pouvoir y greffer certaines choses mais l'Evidence Based Medicine, c'est une évidence pour nous dans le sens, où on a des moyen technologiques formidables, on fait des avancées considérables et si on ne se sert pas de ça bah, on fait pas de la bonne médecine je pense, aujourd'hui, mais certaines situations nécessitent euh plus que de l'EBM.

Est-ce que pour toi la médecine c'est une science exacte ?

On aimerait le penser. J'aimerais le penser, ça faciliterait les choses. Bah, ça serait beaucoup plus facile. Deux personnes, qui ont par exemple le même profil physique, de vie, tout ce que tu veux avec peut être les mêmes symptômes, avec peut être le même diagnostic, avec peut être le même traitement, le même médecin, peuvent donner des situations totalement différentes. Donc euh ça, ça ne remet pas en cause le côté scientifique de ce que tu parlais mais le côté humain est tellement plus important dans la médecine, que l'humain, il ne répond pas à des critères scientifiques. Euh, on se définit pas que sur des critères scientifiques et la médecine euh ce qui me plaisait dans la médecine au départ, c'était justement ce côté mais chaque situation est vraiment unique, parce que tout le monde est différent, mais après c'est sûr que la majorité du temps, la science c'est la science. Moi, je veux dire un rhume, s'il ne passe pas au bout de quinze jours, bah c'est sûr, c'est pas normal, il y a peut-être quelque chose... euh quelqu'un qui a un cancer, de ce que tu veux bon bah, je vais pas lui taper dans le dos en lui disant que peut être que ça va partir comme c'est venu. Il y a des choses où de toutes façons, c'est des choses sur lesquelles, ça, c'est clair, c'est scientifique on peut pas... on peut pas trop en discuter mais j'ai pas envie d'y croire. Tout est scientifiquement explicable et à expliquer parce que je pense qu'on ne sait déjà pas tout, qu'il y a des choses qu'on pense savoir et peut être qu'on va se rendre compte qu'on se trompe. Donc euh le scientifique, c'est bien, mais se garder un petit côté de... dans nos têtes à se dire que peut être on ne sait pas, que peut être ça ne s'explique pas. Bah, ça nous rend déjà un peu plus proche des gens, moins techniciens et puis je pense, qu'il faut garder une certaine distance sur ce qu'on nous dit. Il y a des choses qu'on croyait dures comme fer, il y a trente ans et qui ne sont plus valables aujourd'hui (*inspiration*). Bah voilà, je pense que la science elle évolue tout le temps, elle n'explique pas tout, elle essaye de tout expliquer mais voilà, faut admettre qu'elle n'explique pas tout et on le voit souvent, je pense au quotidien. Il y a des gens, ils vont mieux, on n'a rien fait de particulier, c'est pas le traitement, c'est clair et net, mais ils vont mieux. Alors est-ce que c'était euh, psychique, mais on le sait pas la science n'a aucun moyen pour y répondre. Et heureusement, sinon je pense que ce serait un métier fade ou bout d'une dizaine d'années.

On ne sait pas mais c'est pas parce qu'on ne peut pas l'expliquer que ça n'existe pas. Et un truc qui est génial, mais voilà ça, c'est mon truc à moi, c'est l'imagerie fonctionnelle. Alors ça mais, de voir le cerveau humain comme un sapin de Noël qui s'éclaire quand tu lui parles de quelque chose ou tu lui montres une image ou même des gens qui ont des symptômes particuliers, mais je pense qu'on est au balbutiement de ce qu'on va pouvoir faire, dans je sais pas, on sera peut-être plus de ce monde mais on va pouvoir faire des choses géniales. On connaît plein de choses, mais je pense que la majorité de ce qui reste à découvrir va être génial et notamment le lien entre le fonctionnel et le l'organique, c'est euh. Le cerveau humain est tellement complexe et puissant, enfin de façon toute bête, quelqu'un qui est stressé qui arrive à se faire des plaques d'eczéma, enfin, c'est pas génial en soit pour lui, mais ça montre que quelque part, c'est fort. Pendant des années on disait le stress, le stress oui bah le stress ça fait des trous dans l'estomac. Alors, on peut l'expliquer de toutes les manières qu'on veut, ça sécrète des neuro transmetteurs qui influent sur les pompes de ça, de ci. Mais le fait est que, le point de départ, c'est là-dedans quoi (*en montrant son cerveau*). Et ça, c'est génial. De se dire, bah, on n'explique pas tout mais, peut être qu'un jour, on arrivera à l'expliquer et si on n'y arrive toujours pas bah, on se dira peut être qu'un jour. Mais c'est notre désir de tout savoir et de tout expliquer. Je pense que tous les gens

qui font un peu médecine, ont ce besoin ou cette envie d'arriver à expliquer les choses, et même lorsqu'on n'arrive pas expliquer quelque chose. Par exemple, un patient, je sais pas ce qu'il a bah très souvent, je vais dire par contre je peux vous dire ce que vous n'avez pas. Il ne m'a pas demandé de lui dire ce qu'il n'avait pas, il veut ... mais pour ma part, moi j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose de scientifique. (*Rire*) alors pourquoi on a besoin de faire des choses scientifiques, peut être que c'est notre part à nous... voilà, on est intéressé par ça et voilà.

Merci beaucoup

Entretien C

Alors on va commencer ? Dans une première partie si ça ne t'ennuie pas est-ce que tu peux te présenter ?

Oui donc je me présente, avec nom/prénom ? Je suis médecin généraliste au fin fond de l'Ardèche avec euh une activité en médecine générale, une orientation gériatrique et pis avec une petite particularité de travailler aussi aux urgences hospitalières deux jours par semaine.

D'accord, quel type d'activité extra professionnelle as-tu ?

Euh (*rire*) ah si, si, j'en ai une activité extra professionnelle, non parce que c'est toujours dans la profession... sinon... tiens je suis en train de réfléchir, non... j'ai plus d'activité extra professionnelle.

Et dans la profession alors ?

Alors dans la profession, je m'occupe des services gériatriques, participer à un groupe de pair, travailler dans la... à l'hôpital euh donc dans certains type d'orientation hospitalières euh voilà grosso modo.

Raconte-moi qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Euh le fait de ne pas avoir pu faire anesthésie réanimation (*silence et rire*)

Mais encore

Mais encore... donc la médecine générale est venue par défaut, c'est pas venu par choix. A l'époque il fallait passer l'internat, j'ai pas voulu passer l'internat donc j'ai fait de la médecine générale, je suis venu à la médecine générale donc par besoin puis en même temps j'ai découvert l'intérêt de la médecine générale en l'exerçant.

Alors quel intérêt ?

L'intérêt c'est de voir la vie défiler devant moi dans une journée, c'est quand même peu de métiers qui te permettent ça, je vois la naissance, je vois la mort, je vois la vie, les mariages, tout ce qui peut faire une vie, tout ce qui est une vie je peux le voir défiler dans mon cabinet en une journée. Et c'est quand même très intéressant et ça te donne un peu une notion que le temps passe même un petit peu philosophique sur euh sur ce qu'est l'être humain. C'est fort intéressant. En réanimation, j'aurais pas eu ça. C'est-à-dire justement au sujet de ton thème là que tu fais, en réanimation ou aux urgences ou en anesthésie réa ce sont des protocoles, dans lesquels tu suis des protocoles dans lesquels tu suis des conduites à tenir, des guidelines, comme tu veux les appeler et c'est très reposant intellectuellement c'est-à-dire que tu sais très rapidement si tu es bon ou pas bon dans ton métier puisque la sanction est immédiate. Si tu endors quelqu'un tu vas savoir tout de suite si tu as fait une bonne anesthésie ou pas. Si tu es dans la réanimation, si tes patients, euh, les gestes que tu vas faire, intuber, mettre une sonde, faire une ventilation tu le sauras très rapidement si tu es bon ou pas bon puisque ton patient, il va bien ou pas bien rapidement. Aux urgences c'est la même chose quand tu as des ... les vraies urgences je parle euh un gros polytraumatisme, une hémorragie, un infarctus, tu suis des guidelines, tu suis des recommandations et tu vois tout de suite si tu es bon ou pas bon, si tu as bien fait les bons gestes. En médecine générale, c'est différent. Ce que tu as fait... ça rejoint un peu ce qu'on disait, c'est

que la médecine générale ça peut être considéré un peu comme un art dans lequel tu prends en compte ce qu'il te dit le patient, ce que tu connais de la science, tes connaissances à toi et ce qui euh ce que tu peux faire avec les moyens qui sont mis à ta disposition, c'est pas du tout la même chose que dans la médecine hospitalière que je pratique toujours d'ailleurs.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Donc lectures, Prescrire, lectures sur internet et puis congrès et formation continue, groupes de pairs maintenant. Ça fait partie de la formation.

Quelle serait pour toi une bonne définition des recommandations, finalement qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

Une recommandation ça veut dire, une bonne recommandation, mais déjà est-ce qu'il y a des bonnes recommandations ou pas. Il y a ce que tu vas définir au niveau scientifique dans lesquels tu es avec un niveau de preuve suffisant avec des études randomisées, avec un gros échantillon et dans lesquels on va sortir une recommandation sur une pratique clinique ou sur une pratique thérapeutique ou sur une façon de faire un diagnostic. Ça c'est une recommandation du point de vue scientifique. Maintenant les recommandations, la bonne recommandation, c'est peut-être pas forcément celle qui est scientifique. Il y a aussi celles qui vont correspondre aux moyens pour lesquels tu disposes, aux moyens diagnostiques, aux moyens thérapeutiques, ça va correspondre aussi à ce qui atteint la population, c'est que quand tu vas soigner quelqu'un, qu'est ce qu'il attend ? Quel est ton rôle de médecin vis-à-vis du patient, qu'est-ce que tu dois lui apporter ? Je développerais ça plus tard. Mais c'est vrai que euh quand on a le nez qui coule, généralement la bonne recommandation, c'est se moucher. Point barre. Mais quand on a le nez qui coule tout le temps et puis qu'on travaille et puis quand machin truc peut être qu'il y a d'autres moyens d'arrêter de couler le nez et donc c'est une recommandation mais quelque part c'est en fonction de l'objectif que tu t'es donné vis-à-vis du patient.

Et finalement qu'est-ce que ça veut dire pour toi les recommandations ?

Pour moi les recommandations, c'est ce qu'on doit faire du point de vue scientifique. Du point de vue des études. En pratique c'est ce que j'essaie de faire. J'essaie de coller à la recommandation mais je n'y arrive pas toujours... (*Silence*)

A ton avis comment elles sont élaborées ?

Les recommandations ? Il y a deux façons de faire soit tu te réunis comme dans l'HAS, on va regarder les... groupes, les experts, ils vont se réunir, ils vont discuter et là c'est des recommandations qu'il faut prendre pas trop au pied de la lettre parce que ce sont des consensus d'expert, des choses comme ça. Sinon les recommandations c'est par rapport... la vraie recommandation, c'est-à-dire celle qui a une... parce qu'il faut différencier les recommandations selon les grades, il y a les A B C D donc la bonne recommandation c'est celle qui sort de l'étude randomisée en double aveugle avec un fort échantillon et si possible euh il y a même des méta-analyses des fois avec des études qui ont été étudié pour que ce soit un fort pouvoir statistique pour les traitements, les choses comme ça. Mais ça à avoir quand même avec une toute petite partie de la médecine. Sinon après il y a des recommandations, c'est des consensus d'experts,

c'est des consensus de l'HAS, la Haute Autorité de Santé, sur lesquelles on peut aussi les contester facilement à partir de l'analyse d'étude qui ont été faite.

En quoi les recommandations te servent-elles dans ton exercice ?

Donc les recommandations, elles vont me servir dans mon exercice, quelque part une recommandation ça me rassure quand je peux coller à une recommandation, ça me rassure dans mon exercice parce que je peux l'opposer au patient s'il y avait un problème. Par exemple, chose qui m'est jamais arrivée mais quelque part c'est rassurant, ça veut dire on est dans les clous. C'est quelque chose que je comprends bien d'être dans les recommandations, c'est plutôt rassurant, c'est plutôt intellectuellement satisfaisant. Et si en plus les gens sont d'accord avec la recommandation bah, c'est le pied.

Ça permet de donner une justification ?

Ça me permet de me justifier, ça permet de dire que ce que je fais, c'est conforme à la science. On est quand même des scientifiques quand on fait de la médecine. Même si on dit que c'est un art, c'est beaucoup de base scientifique. Ce qui est important. Quelque part la recommandation ça me fait revenir dans mes premiers amours qu'étaient l'anesthésie, la réa dans lesquelles on fonctionne que par des protocoles, que par des guidelines, des choses qui sont carrées... ou qu'on peut faire des fois comme en gériatrie. Simplement les guidelines ne sont pas fait pour la médecine générale la plupart du temps. Certains guidelines sont fait plutôt pour... des choses beaucoup plus protocolisées. Mais une consultation de médecine générale, c'est beaucoup plus compliquée qu'une consultation d'un cardiologue ou d'anesthésie, d'un rhumatologue, d'un pneumologue puisqu'en fait, il faut prendre en compte beaucoup plus de choses. Faut prendre en compte beaucoup plus l'entité du patient en général et ce qu'on fait dans la société de ces patients donc la recommandation va pas pouvoir toujours s'appliquer de la même façon parce qu'il y a les patients avec lesquels il faut négocier. Il faut négocier aussi avec les connaissances qu'on a, les moyens qu'on dispose, et aussi avec ce qu'on veut faire de notre patient. Ton patient, est ce que tu veux le remettre au travail ou pas ? Par exemple. Ça peut être quelque chose dans lequel tu vas avoir l'efficacité de la médecine générale à savoir de dire dans le milieu sociétale laisser le gars... quelque chose de simple, de très simple, la rhinite il faut se moucher. Les recommandations, les guidelines, scientifiquement c'est ce qu'il faut faire. Et ce qu'on peut travailler pendant six jours, la goutte au nez même si c'est clair, même si c'est viral. Est-ce qu'on a pas tendance à sortir de la recommandation tout simplement qui est le mouchage, et aller faire autre chose pour éviter que ça continue à couler. Parce que, on a un rôle social, on a un rôle dans la société, il faut se dire qu'il faut être performant dans ce que je fais. C'est une question, c'est une question ouverte à laquelle je vais répondre différemment en fonction des patients que je vais voir. Il y en a, c'est se moucher et il y en a des autres, je vais donner un petit corticoïde, ce qui est affreux, c'est hors recommandation mais n'empêche les gens, ils peuvent retourner travailler et moi-même je me l'applique. Lorsque moi-même j'ai une rhinite claire dans laquelle j'arrête pas de... d'avoir le nez qui... et de me moucher derrière mon cabinet bah si je veux continuer à travailler, je vais prendre quarante milligrammes euh quatre-vingt milligrammes de Solupred® et je pourrais travailler, performant et sans problème. Pour avoir des recommandations plus précises, il faudrait des grandes études randomisées où on a plus de deux mille ou trois mille patients euh en double aveugle alors est ce que c'est possible ? Peut-être mais

en médecine générale c'est très difficile à faire. On sait bien quand tu regardes, moi je le vois pour la gériatrie puisque j'ai aussi ma fibre gériatrique, toutes les recommandations et tous les médicaments qu'on donne sont fait pour des gens de moins de soixante-quinze ans. Parce que quand tu vieillis, tu as une fonction rénale qui fonctionne pas pareille, une fonction hépatique qui n'est pas pareille et les gens sont tout à fait différents et donc il y a très peu de recommandations qui puissent s'appliquer sur les plus de quatre-vingt ans. Tu peux les compter sur les doigts d'une main... pour lesquelles il y a des études. Étude pour l'hypertension artérielle des plus de quatre-vingt ans, c'est tout, c'est l'unique que je connaisse. Après le reste, c'est du ... à peu près. Euh recommandation, faut-il faire une coloscopie à quatre-vingt-dix ans ? On ne sait pas. Il y a des études qui disent que oui, il y a des études qui disent que non. Donc finalement, c'est là que ça revient là. Ça serait bien de pouvoir le faire mais c'est trop difficile parce que on n'a pas de population... il faut savoir qu'est-ce que c'est une recommandation, qu'est-ce que c'est élaboré, son outil de statistique dans lequel il faut avoir une population homogène donc ça peut s'appliquer bien dans certaines circonstances mais quand on a des populations hétérogènes avec des objectifs hétérogènes, c'est très difficiles de les appliquer. Parce qu'on sort du problème mathématique. On n'est plus dans les mathématiques. Une recommandation, c'est élaborée à partir d'un outil statistique qui est une loi de gauss avec une comparaison donc c'est un outil qui est trop mathématique donc on arrive à la diversité et la diversité pour faire un outil puissant statistiquement c'est très difficile. Ça pourrait se faire et ça serait l'intérêt en médecine générale justement des recommandations faites par les médecins généralistes avec une population de médecine générale avec tout ce que ça implique d'hétérogénéité mais faudrait les outils statistiques euh je pense très, très, très fins difficiles à appliquer et avec des bons mathématiciens.

Mais pourquoi c'est si compliqué ?

C'est si compliqué, population hétérogène avec des objectifs qui sont hétérogènes avec des investigateurs qui sont dans une autre optique, qui sont dans la médecine générale, qui sont là pour soigner des gens, gagner de l'argent, se payer des vacances. Pour différentes raisons, c'est très difficile mais on devrait tendre vers ça. L'idéal, c'est qu'au niveau de la médecine générale, c'est qu'on puisse élaborer les outils dans lesquels on puisse travailler avec une population aussi hétérogène et avec des investigateurs aussi hétérogènes et euh c'est faisable peut être si mathématiquement je pense... On a bien fait ça pour les finances on arrive à avoir des trucs qui marchent... enfin, qui marchent peut être pas si bien mais je pense que c'est le problème des outils statistiques des mathématiciens alors pour pouvoir l'appliquer au niveau de la médecine générale, ce qui semble un peu loin de ce que je disais tout à l'heure, l'art médical. Mais c'est vrai que l'art médical c'est, c'est un peu comme quand tu veux dessiner une cote. Moi modéliser une cote c'est un peu comme tu ferais dessiner plus ça devient petit plus ça devient difficile, plus ça devient compliqué.

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ? Est-ce que tu as l'impression que ça a un impact ?

Je vois un impact surtout au niveau des ... de l'outil qu'utilise la sécurité sociale dans certaines recommandations pour lesquelles il y a une incitation financière pour les médecins, malheureusement ça, ça marche très très bien. (Rire) Je dis malheureusement parce que, en fait

on se rend compte que même dans notre profession avec neuf ans d'étude et des revenus qui sont quand même confortables, c'est encore la carotte et le bâton et encore plus la carotte que le bâton qui marche le mieux pour faire euh entrer des gens dans les cases. Je pense à ça parce qu'on fait là les statistiques pour la prescription des machins, des statines, des trucs et et je vois bien fonctionner, ça fonctionne bien quand on incite le médecin d'un point de vue financier.

Toi tu as l'impression de changer tes pratiques si la sécu t'y incite ?

Non, non, j'ai pas l'impression moi de changer mes statistiques mais j'ai l'impression que mes confrères, on le sent qu'il y a un changement. Et c'est un peu l'idée de la sécu ; pour faire appliquer les recommandations qu'elles choisissent et qui ne sont pas forcément les plus pertinentes.

Et par rapport aux antibiotiques par exemple, toi tu as vu passer différentes recommandations.

Non moi ça m'a pas changé ma pratique, moi au niveau de l'antibiothérapie mais ça c'est par ma formation hospitalière donc je pense que ça m'aurait pas beaucoup changé parce que... bon, traiter une infection virale avec un antibio, ça c'est complètement ridicule. Par contre, il y a des choses où je suis complètement hors recommandation, recommandation des corticoïdes, des anti inflammatoires, dans certaines situations qui ne la requiert peut être pas tout au moins selon la recommandation mais pour mes patients qui veulent travailler rapidement, ça peut être intéressant. Et pour moi-même. J'en fais peut être beaucoup des hors recommandations. Sciemment. Sciemment parce que je suis peut être hors des recommandations mais au niveau scientifique mais c'est mon rôle, au niveau de la société, c'est-à-dire quelque part de réduire les coûts d'un arrêt de travail. Si je mets trois jours de corticoïdes et que les gens ils retournent travailler, je pense, c'est philosophique mais je joue mon rôle vis-à-vis du patient, vis-à-vis de la société, vis-à-vis de la sécu et que finalement je prends pas un grand risque. Moi j'arriverai pas à travailler avec un gros rhume. Avec le nez qui coule de derrière, tu mets un masque avec la goutte au nez, c'est pas agréable... et quel risque je prends ? Une corticothérapie courte à forte dose ? Au niveau scientifique ? Tu diminues pas l'immunité, 3 jours (*en montrant 3 des doigts*), tu fais pas de problème au niveau du cortisol, au niveau infection c'est plus dangereux de mettre un anti-inflammatoire qui va agir au niveau du chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles donc au niveau de l'infection qu'un corticoïde. Donc les risques...et puis après il y a... faire les vieux, les grands cons, ça fait vingt ans que je fais comme ça et ça ne m'a jamais...j'ai jamais eu de problème.

Quels sont les freins à l'application des recommandations ?

Les freins, c'est l'hétérogénéité que je t'ai dit tout à l'heure, c'est l'exercice même de la médecine générale, c'est savoir le rôle même de la médecine générale, je pense que c'est ça les freins pour la pratique et c'est aussi que les recommandations ne sont pas adaptées à la médecine générale.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques. En gros qu'est-ce que tu penses de l'EBM, Evidence Based Medicine ?

L'EBM. C'est ma bible. Quand je peux me référer à l'EBM, je suis tranquille, je suis serein. Je dis que rien ne peut m'arriver donc j'en pense que du bien. J'en pense que du bien

même au niveau de l'échographie hein quand on en parle, j'essaie de retrouver du 99% de sensibilité, du 99% de spécificité. Quand on est EBM, c'est super. Hélas, ça doit s'appliquer à même pas 10% de notre pratique. Parce que l'homme il est compliqué, parce que ça n'a pas été prouvé et c'est ça le problème. Parce que l'homme c'est un organisme. C'est un organisme dans lequel il y a plein d'interactions... ne serait-ce que du point de vue scientifique, je ne te parle pas de l'amour, des choses comme ça, ne serait-ce que le fonctionnel, le système neuro endocrinien, le... la peau, les interactions qu'on a avec notre environnement... ça change donc c'est très différent d'un individu à l'autre. Et donc quelque part, pouvoir trouver des systèmes homogènes comme le demande de faire l'Evidence Based Medicine, c'est très compliqué. Et c'est déjà pas mal qu'on est réussi à faire 10% d'Evidence Based Medicine. C'est quand même pas si simple que ça. C'est quand même compliqué donc il faut se dire que quelque part la médecine c'est scientifique, hum, c'est des interactions mais peut être qu'un jour on le saura mais pour l'instant, il nous manque les outils pour pouvoir avoir 80% ou 90% d'Evidence Based Medicine dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste. 10% ? je sais pas s'il y a 10% ou 15% mais même, quand je suis dans l'Evidence Based Medicine je suis tout à fait pour. Quand je suis dans des carrés, du dur, c'est bien.

Est-ce que pour toi la médecine est une science exacte ?

(Rire) Ce n'est pas une science exacte ! Ce qui fait l'art médical... mais art médical parce qu'on ignore encore les moyens de pouvoir les faire mais ça revient aux origines de l'univers. C'est compliqué déjà de savoir comment on est fait, qu'est-ce que c'est la matière, qu'est-ce que c'est les interactions... Les physiciens, là je parle des sciences dures hein, ils ont essayé de trouver la théorie du tout, tu sais, ce qui pourrait relier la théorie relativité générale et la théorie quantique. Tu sais que la théorie quantique c'est le hasard, ça peut être ici et ailleurs, le temps, tant qu'on a pas regardé des choses. La théorie de la relativité générale euh il y a le temps, il y a la lumière, il y a les déformations, c'est très carrée donc ces théories sont contradictoires pour pouvoir expliquer notre univers et pourtant toutes les deux marchent et donc on cherche une théorie du tout qui puisse le faire donc même au niveau des sciences fondamentales et même dans des sciences dures... mathématiques, on n'arrive pas à la trouver. Surtout pas à la prouver parce qu'on n'a pas les moyens de faire des grands accélérateurs de particules pour pouvoir faire ce temps primordial. Alors tu imagines, au niveau de... nous, à notre niveau dans lequel il y a encore beaucoup plus de..., c'est compliqué, il y a beaucoup plus d'interactions et on fait partie de cette théorie là et en plus, il y a les interactions au niveau du vivant, au niveau de la psychologie, au niveau de la philosophie, de l'histoire, du temps, de l'âge euh, donc ça reste un art mais ça reste un art parce qu'on n'a pas les outils pour les connaître, peut être mes arrières petits-enfants ou peut être arrières, arrières petits-enfants, si on n'a pas fait péter la planète, hum, euh ils pourront l'expliquer et on rigolera en disant mais les vieux ils savent pas faire et nous on sait. Et c'est pour ça que ça reste un art. C'est parce qu'on l'ignore. Mais je crois qu'un jour on verra peut-être, enfin pas ma génération on le verra pas mais je pense qu'un jour on va pouvoir expliquer toutes ces interactions. En gros, l'EBM c'est une idée géniale, intéressante, à creuser mais il nous manque beaucoup d'outil pour faire 100% des recommandations. Mais pour la médecine générale, c'est compliqué... avec des médecins du terrain et en ne prenant pas en compte non pas seulement le côté scientifique de la chose mais aussi ce qu'on nous demande à nous, qui travaillons. Quels sont nos rôles ? Nos rôles sont... soulager la douleur ? Faire des

diagnostics de temps en temps ? Soulager tout le temps, et en même temps se dire on a un rôle social et un rôle social c'est dire que les gens puissent vaquer à leurs occupations que ce soit le travail les loisirs ou peu importe. Mais c'est souvent qu'on va te demander, c'est ça qu'on te demande en médecine générale, donc de temps en temps, il y a la science qui va te dire qu'il faut te moucher pour une rhinite, de temps en temps aussi il y a un patient qui va te dire mais, il me faut quelque chose qui me permette de revenir à mon état initial. Voilà. Ou je sais pas, pour des choses plus graves heu tiens, je vais faire un diagnostic de l'insuffisance cardiaque, je vais rentrer chez moi donc l'EBM me dit de mettre du Lasilix® 500 mg au pousse seringue avec du nitré. En même temps, moi j'ai ma femme qui a des troubles cognitifs, je veux rentrer chez moi. Qu'est ce qu'il faut faire ? moi je pense que tu le fais rentrer à la maison. Moi c'est ce que j'ai fait pour le patient qui est sorti contre avis médical avec une insuffisance cardiaque majeure, avec une HTAP... mais quelque part aussi, je dois l'accompagner pour faire ça puisque il y avait un autre problème, moi ce qui m'intéressait c'était son cœur, lui ce qu'il l'intéressait c'était sa femme. Il voulait pouvoir passer la nuit chez lui. C'est important l'environnement. Tu le fais en gériatrie, tu vas le voir tout le temps, tu vas voir un patient gériatrique qui a des troubles cognitifs que tu vas accompagner, bon ça va... la maladie va faire irruption sur toute la cellule familiale. Donc il faut que tu puisses euh, et ça tu n'as pas de recommandations là-dessus. Première chose c'est respecter le choix de la personne, c'est-à-dire que quand tu travailles en médecine générale, tu as des individus, c'est pas des patients, c'est des individus, c'est fondamental. Et c'est pas des diagnostics et des maladies, c'est des individus sur lesquels tu vas faire des diagnostics et tu vas diagnostiquer certaines maladies donc quand tu vois l'individu par rapport au patient, c'est tout à fait différent de ce que tu vas pouvoir faire au niveau hospitalier dans lequel tu as plutôt quelqu'un qui a une maladie et c'est la maladie qui va diriger tes choix. Donc tu es tout à fait dans un autre euh dans un autre monde. En plus, les individus, c'est des êtres qui faut respecter et cet individu, il est social, il est dans la société, il est dans l'économie aussi ça dans la gériatrie on le voit bien aussi hein, quand tu veux faire hospitaliser quelqu'un, il faut rentrer là-dedans. Il y a aussi la philosophie, c'est quoi l'individu, toi tu as le droit et le choix de faire jusqu'où, quand tu as des troubles cognitifs ? Jusqu'où tu as encore ton libre arbitre ? Donc c'est la question qu'il faut te poser aussi. La famille, au niveau sociologie, comment ils interagissent tout ce monde là-dedans et là tu te rends compte que si tu veux mettre une recommandation qui puisse prendre tout ça en charge, pouvoir te dire ce qu'on va faire... et bah on n'est pas encore rendu hein parce que pour pouvoir faire des groupes là-dessus et pour pouvoir les comparer, telle action ou telle action, ça va aller mieux ou pas... Et en plus je ne t'ai pas parlé du côté culturel... un musulman, tu vas pas le faire soigner euh pareil qu'un juif, ne serait-ce que par la représentation qu'ils ont de dieu, de la mort et de l'au-delà. Ou un catholique ou un athée. Et donc tu vas te retrouver dans des situations... c'est pour ça que la médecine, c'est un art. Donc tu vois la recommandation, ça fait partie de quelque chose de scientifique, c'est un noyau. C'est pour ça, je te disais quand on peut s'appuyer là-dessus c'est bien. Quand on peut être dedans, tu es tranquille mais la médecine tout au moins la médecine générale, c'est-à-dire la médecine de l'individu, c'est autre chose, c'est beaucoup plus vaste, c'est beaucoup plus... il faut être quelque part, on les a tous en nous, je pense que c'est le fait de ce qu'on a vécu, de ce qu'on a vu, de notre culture, de notre façon de faire et on essaie de s'intégrer dans un ensemble qui est beaucoup plus compliqué, c'est pas aussi simple. Etre anesthésiste réanimateur, c'est le pied. Il y a des gens qui sont cassés de partout... regarde l'anesthésie, il y a quelqu'un qui arrive,

tu fais le score de l'anesthésie, tu vas même regarder l'ouverture de la bouche et tu vas faire le score pour savoir si ça va être une intubation difficile ou pas, tu l'endors, tu l'amènes jusqu'à la frontière de la mort, ça dépend de quelle anesthésie tu fais. Tu peux même l'amener jusqu'à la mort et tu le ramènes à la vie et donc c'est super et donc quand tu as fait tout ça, tu dis, p'tain le mec, il est super, il a appliqué des protocoles, il sait combien de milligrammes, il va mettre de curare, d'anesthésique, d'hypnotique, de morphinique, comment il va régler son respirateur, des abaques, des calculs, des machins et tu le ramènes après. En fait, si tu es pas bon, tu vas le savoir tout de suite. Ton patient, si tu le ramènes pas en vie, donc là, le chirurgien, il va te gueuler dessus et tu le sais tout de suite donc quand tu as fait du bon travail. Tu l'as endormi, tu l'as réveillé, j'ai aucun problème, je suis tranquille. Quand en médecine générale, tu as donné un traitement anti hypertenseur à la mamie, machin truc, et tu te dis, est-ce que c'est bien car la recommandation m'a dit que la tension est trop haute et il faut qu'elle soit inférieure à 14/8 mais je sais que cet antihypertenseur, il peut faire des hypotensions orthostatiques et qu'elle peut se casser la gueule et se casser le col du fémur et qu'en plus ça va lui faire gonfler les jambes parce que c'est un inhibiteur calcique et qu'il y a des troubles cardiaques est-ce que vraiment je lui rends service ou je ne lui rends pas service, hein. Si tu te poses ces questions, tu ne pourras pas répondre parce que savoir si ton petit traitement anti hypertenseur ça va marcher, savoir si la tension est descendue et pour savoir si l'évènement cardio-vasculaire qui va arriver dans une fourchette statistique, qu'est-ce que tu en sais ? Donc c'est plus compliqué, la médecine générale, c'est quand même quelque part, il faut y croire et en même temps, il faut savoir aussi gérer l'incertitude. Mais gérer l'incertitude, c'est aussi savoir gérer l'incertitude que tu as dans la vie. Si tu veux, j'opposerais un peu les deux... si tu veux, la médecine générale, tu vois, la médecine de spécialité hospitalière, c'est la théorie de la relativité générale, tout est prévisible, ça marche très bien, et la médecine générale, c'est la médecine quantique donc dans laquelle tu sais jamais où tu es, et tu peux être ici et ailleurs. Et pourtant, tous les deux font partie d'un tout et c'est la même chose sauf que l'un s'applique à des grand ensembles et l'autre à l'infiniment petit donc euh pour moi, pour donner une vision physique de la médecine je dirais, la médecine de spécialité, c'est la théorie de la relativité générale, bien carrée, bien prouvée, et la médecine générale, c'est la médecine quantique, c'est la théorie de la relativité, de l'incertitude dans laquelle, c'est le hasard et tu sais pas où tu es. Et c'est seulement quand tu regardes que tu dois savoir là où ça se trouve mais sinon, tu peux être vivant et mort. Je sais pas si tu vas pouvoir mettre ça...

Attends c'est enregistré... merci beaucoup

Entretien D

Dans une première partie, je vais te demander si tu veux bien de te présenter.

Et bah je m'appelle XXX, je suis thésée depuis l'année dernière, j'ai fait un an de rempla, et voilà, et j'aime beaucoup la médecine générale.

Quelles sont tes particularités d'exercice ?

Je fais surtout, je suis plutôt spécialisée en pédiatrie et j'en fais pas particulièrement plus que la moyenne pour autant et de la gynéco où je pose des stérilets, des implants voilà mais sinon je fais tout, de la gériatrie, des visites à domicile euh de tout. Sur Caluire, donc ça touche Lyon, donc c'est ville.

Quels types d'activités extra professionnelles as-tu ?

Les enfants (*rire*) la montage, la voile euh, la lecture, voilà (*rire*)

Qu'est-ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Mon stage chez le prat, où je suis allée chez un médecin de montagne qui avait un cabinet de radiologie, une salle d'urgence, qui faisait de la traumatologie, qui faisait tout et qui était médecin pompier et qui avait l'air hyper fort et qui avait l'air d'adorer ce qu'il faisait et l'autre prat qui elle euh euh, on était en connivence toutes les deux sur comment gérer les patients sur... on faisait vraiment les consultations à deux, on les interrogeait à deux, je les examinai toute seule parfois elle regardait juste un truc et... et le traitement on en discutait ensemble devant le patient et j'ai adoré et elle me faisait confiance et... j' pense qu'ils m'ont donné confiance tous les deux pour faire ça alors que je voulais pas du tout faire ça... je voulais faire de la pédiatrie (*rire*).

Hum, comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Et bein, c'est tous les jours où je vais sur le site de l'HAS, de BMLweb ou je relis ce qu'il faut faire quand j'ai besoin mais sinon sur les autres, je le fais un peu plus sur d'autres choses mais en tous cas sur les recommandations c'est ça, c'est BMLweb et HAS. Je vais sur internet et je tape sur Google mon sujet et HAS et puis ça tombe, c'est facile à trouver...

Quelle serait pour toi une définition des recommandations ?

(*Silence*) Et bein, c'est un groupe d'experts, qui se rassemble, qui a des conflits d'intérêt et qui décide d'une prise en charge nationale d'une pathologie et donc elles sont discutables et donc quand j'ai pas assez de connaissance pour pouvoir les juger, je les applique et si parfois, j'ai un tout petit peu d'idées sur une autre... meilleure prise en charge et bah j'applique plutôt mon idée qui est d'ailleurs plus l'idée de genre Pr XXX ou d'autres que les recos.

Finalement qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

Et bein, ça me permet de moins réfléchir et de me dédouaner de faire la revue de la littérature de ce sujet et de me dire bon bah là je sais pas... bah on va faire les recos et puis et puis voilà. (*Rire*) C'est quand même un gros travail qui nous facilite la vie.

Qu'est-ce que tu en fais ? Tu les appliques quand tu sais pas en fait ?

Oui, alors quand je sais pas je les applique ou voilà, parfois je crois savoir et je me dis que j'ai pas besoin de les appliquer du coup, je les applique pas euh qu'est-ce que j'en fais ? Bah je les prends quand elles me sont utiles ou alors c'est pour me justifier auprès du patient aussi. Ca ça m'arrive souvent de les utiliser pour pouvoir me justifier auprès du patient, sortir les recommandations de la Haute Autorité de Santé et du coup de lui dire, euh bah je fais ça parce que c'est ce qu'ils recommandent de faire. Comme si c'était la parole de Dieu, alors qu'au fond je sais que... je sais qu'elles vont changer enfin ça dépend desquelles mais du coup, il y en a certaines où je me dis bon bah je fais ça mais... mais ça changera peut être. Enfin là, je parle comme si je faisais des recos tout le temps mais je connais pas toutes les reco hein et (*rire*) et je suis pas du tout une experte en recommandations...

Qu'est-ce que tu fais alors ?

Heu bah, il y a beaucoup de bon sens parce que déjà en médecine générale, il y a quand même beaucoup beaucoup de consultations où il y a plus besoin de bon sens que de connaissances... et j'essaie de m'adapter au patient et à savoir, lui qu'est-ce qui pourrait être le plus profitable. Je crois que je passe plus de temps pendant mes consultations à « former »... à informer le patient, qu'à lui apporter quelque chose d'autres. Ça lui apporte beaucoup, c'est sûr.

En quoi les recommandations te servent-elles dans ta pratique ?

(*Silence*) Oui, elles me servent à ne pas prescrire parce que ceux qui, les patients qui ont un peu trop... il y en a pas tant que ça hein mais, il y en a certains qui veulent des antibiotiques dans tels cas ou voilà qui veulent des benzodiazépines ou qui veulent, je ne sais quoi et bein ça m'aide à leur dire bah les recommandations euh disent ça et du coup, moi je les applique et du coup, bah « je fais pas ce que vous me demandez » et pis du coup, parfois, j'arrête la discussion là, parce que parfois je peux pas leur expliquer avec d'autres arguments que ceux-ci.

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ?

Bah c'est hyper long bien sûr, bah du coup j'ai fait mon mémoire sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui étaient sorties sur le syndrome du bébé secoué et après j'ai essayé d'en parler, rien qu'avec les médecins de l'HFME, quand je leur envoyais un patient qui en relevait et de leur redire, qu'est-ce qu'elles avaient dit et bah, ils voulaient pas les entendre pour autant et il voulaient pas faire ces recommandations là, parce qu'ils trouvaient que c'était aberrant... mais parce qu'en même temps, c'était des vieux médecins et qu'ils ont leurs idées, leurs connaissances et qu'ils ont pas forcément besoin de ces recommandations justement. Ça peut être, soit on peut juger les gens qui font pas les recommandations comme un manque de connaissance mais je me dis aussi surtout que c'est que du coup, eux, ils ont leur idée du sujet, leur connaissance et qu'ils trouvent que les recommandations sont pas forcément euh meilleures que ce que eux sont en train de faire du coup, ils veulent pas l'appliquer parce que même si on leur explique et qu'ils sont d'accord pour les écouter bah ils seront pas d'accord pour les appliquer. Donc c'est long à passer d'une, bah parce qu'il faut être au courant que la recommandation est arrivée et de deux, parce que tu as entendu la recommandation, mais t'es pas pour autant d'accord avec euh ce qui est en train d'être fait. Et là, j'ai aussi des soucis sur le diabète ou maintenant je me dis euh... alors je sais pas, si j'ai bien interprété les dernières

recommandations mais en gros c'est qu'il y a plus que la Metformine® et l'insuline et que les autres euh sont... tous les autres traitements sont peu efficaces et là, j'ai des patientes qui sont sous insuline et qui sont extrêmement bien équilibrées et que dès le départ, elles sont mises, dès le départ sous insuline et elles sont à, j'en ai une à 5,2 et une à 5,3% d'Hémoglobine glyquée. Je me dis mais c'est un truc de ouf et pourtant donc c'est des jeunes diabétiques enfin jeunes... des diabètes jeunes, plutôt euh, et là je viens de commencer de la Metformine® par exemple chez une patiente qui est hyper mal tolérée, finalement j'ai tout arrêté et j'ai recommencé avec un demi Stagid® par jour, enfin avec pratiquement rien et dans trois mois son hémoglobine glyquée, elle va être plus élevée et je me dis bah... j'ai envie de la mettre sous insuline tout de suite cette patiente en fait peut être que du coup j'ai vraiment pas beaucoup d'expérience sur le diabète et je vais pas faire ma pratique que sur ces deux patientes qui sont sous insuline, que insuline mais je me dis que peut-être il faudrait tous les mettre sous insuline... tous ceux que je verrais si je les mettais sous insuline je les formerais tout de suite et leur dirait que c'est pas parce qu'on vous passe sous insuline que le diabète était extrêmement évolué mais peut être qu'ils seraient beaucoup plus équilibré voilà... donc insuline directe, et que peut être que les recos dans 20 ans, 30 ans se sera insuline directe... et que ce sera pas tout ce foutoir là où on comprend rien aux dernières reco enfin sauf si c'est bien ce que j'ai compris avec que Metformine® et les autres sont quand même pas assez efficaces pour devoir les utiliser. Mais c'est pas vraiment ça qui disent ils disent quand même de les utiliser... (rire) et d'ailleurs, j'avais rencontré un professeur de médecine générale à Paris euh en allant à une thèse qui me disait que tous ceux qui avaient fait les anciennes recommandations ils étaient tous pourris et que maintenant on les avait viré du coup les nouvelles recos, ils étaient pas pourris ceux qui avaient fait les nouvelles recos. Bon. Pourris ça veut dire avoir des conflits d'intérêt et du coup le traitement est nécessaire alors que c'est pas celui-là qu'il faut mettre. Ils sont achetés.

Selon toi quels sont les freins potentiels à l'application des recommandations ?

(Silence) Eh bien, peut-être qu'il y a le clientélisme déjà parce que moi j'ai le problème euh du coup de tous ceux... j'en ai plusieurs qui m'ont déjà rappelé pour avoir des antibiotiques du coup je leur demandais de revenir et du coup je leur prescris encore une fois pas d'antibiotique... et du coup ils viennent plus me voir et du coup euh il y en a à qui j'ai pas prescrit de benzodiazépine et puis ils viennent plus me voir. Et du coup j'avais 20 patients par jour au début de mon rempla et là au bout de 4 mois bah j'ai 10 patients par jour et du coup le clientélisme, c'est quand même alors surtout en pleine ville, je pense que les médecins de la campagne, ils ont moins ce problème mais du coup ça c'est un problème pour les recommandations pour les appliquer parce que ça plait pas aux patients. Après l'autre problème bah c'est d'être au courant de ces reco et de prendre le temps de les lire et puis quand elles sont compliquées comme les dernières du diabète et bein c'est compliqué... alors celles-ci on les attend toutes puis tout le monde en fait donc tout le monde les connaît mais il y en a quand même plein qui ne sont pas connues et euh et oui et puis alors aussi la recommandation sur la bronchiolite et puis la bronchiolite, on recommande, je crois qu'elle date de 2002 ou je sais plus, je crois qu'elle recommande la kiné respiratoire alors que c'est polémique donc euh... il y a ça aussi comme frein à l'application des recommandations, voilà on sait que c'est des mauvaises recommandations. Il faudrait le mettre à jour... mais on va pas mettre à jour tout... c'est pas possible t'façon. Et puis il y a pas tant de reco sur euh enfin c'est des spécialistes qui font les

reco, il y a pas de médecins généralistes qui font des reco faudrait des médecins généralistes qui fassent des reco sur des choses plus médecine générale, quatrième frein...*(rire)* bah quatrième frein c'est sûr qu'il faut du temps pour les lire et pour qu'ils soient informés et les envoyer par la poste les recos parce que j'en ai reçu, parfois j'en ai reçu des reco HAS par la poste mais j'ai pas pris le temps de les lire en fait, je ne lis les reco que quand je suis devant un cas et que je demande ah zut cet AVK qu'est-ce que je fais et le Pradaxa là où je voulais l'arrêter et qu'est ce qui faut que j'ai comme argument et voilà, là je vais rechercher les recos et parfois je les lis devant le patient mais je pense qu'il n'y a pas beaucoup de médecins qui fassent ça...*(rire)...(inspiration)*

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? Autrement dit EBM.

Et bah oui, il faut mais il y en a pas assez en médecine générale... il y en a surtout dans les spécialités et en fait... *(hésitation)*... pour tous les médicaments un peu compliqués à prescrire, qui sont plutôt une affaire de spécialistes et bien il y a ce qu'il faut bon je dis ça, je sais pas vraiment si c'est ça... *(voix chuchotée)* que je veux dire... enfin je trouve quand même que c'est plus important dans les spécialités... c'est vrai qu'en médecine générale ce serait important de le faire et aussi... je sais pas... oui, la médecine est basée là dessus sur des probabilités d'efficacité et c'est ce qu'on peut dire au patient mais ça l'intéresse moins en fait... moins que lui, il pense que si il prend tel médicament tout de suite, ça va aller mieux ou euh il voit juste lui ce que ça va lui apporter, il voit pas... non, je réexpliquais toute une étude à un patient, j'avais lu un article sur le PSA et du coup j'expliquais au patient tous les chiffres, combien d'homme avait eu le PSA, c'était une étude sur six pays et combien avait eu les biopsies, combien avait eu la prostatectomie et combien d'incontinents et d'impuissants et combien de cancer et du coup il y avait qu'un seul euh, il y avait un cancer évité pour plus de mille hommes ayant eu un PSA positif et euh on... en gros, je voulais lui dire que ça servait à rien et puis euh là, j'ai trouvé une résonance enfin j'ai trouvé que ça lui apportait d'avoir des chiffres mais sinon les autres gens on va pas leur rapporter des chiffres. Tu proposes un stérilet à une dame si tu lui dis le nombre de grossesse sur le... sur enfin si... si ça pourrait aussi... non mais si enfin, bien sûr tout est une histoire de probabilité. Enfin, oui en fait, ça me semble évident comme question ce que tu me poses *(rire)*. Enfin c'est de la médecine quoi... la médecine c'est que de la probabilité... c'est pas une science exacte. Donc faut des études... c'en est pas une parce qu'on fait des tests sur des gens qui veulent bien tester des médicaments. Ou d'autres choses. Et après, on voit le résultat que ça fait et on peut juste avoir une pratique enfin on a une conduite à tenir en fonction des résultats de ces probabilités, on sait juste que c'est un peu mieux de faire ça que de faire autre chose, pourvu que ce soit un peu mieux... voilà.

Tu veux rajouter autre chose ?

Et bah que au début, j'étais vraiment hyper attachée aux recommandations et que là j'y suis déjà beaucoup moins et que je pense que, au bout de 20 ans de pratique, je le serais encore moins. Parce que je connais plus les choses et j'aurais moins besoin de, de ce groupe d'experts qui se réunit pour dire ce qui faut faire parce que... pas parce que je suis meilleure qu'eux mais parce que dans un certain contexte avec un patient, qui a telle famille, telle pathologie, qui veut prendre tel type de médicament ou pas, qui veut y aller à fond ou pas enfin je sais pas j'en ai un, celui qui prend du Pradaxa® là, il veut prendre juste un comprimé par jour.

Il en veut pas deux. Parce qu'il trouve qu'il y a trop de risque hémorragique mais il en veut pas zéro et il veut pas d'AVK, c'est juste aberrant son truc et quand je lui explique les recommandations, euh, et puis bon je lui ai pas sorti un article d'EBM, je lui ai ressorti mon bouquin de cardio, je lui ai lu les trucs, et bein, je croyais qu'il avait un peu entendu les choses du coup j'ai fait un courrier pour le cardio pour que... il, pour qu'il aille en rediscuter avec son cardiologue, (*inspiration*), et puis quand je l'ai revu deux mois plus tard et bah il trouvait toujours que un comprimé de Pradaxa®, c'était bien ce qu'il lui allait, par jour. Tu te dis qu'il y a des raisonnements un petit peu aberrant où lui c'est ce qu'il lui convient donc euh qu'il continue comme ça ! je l'ai informé, voilà... et du coup euh non, mais c'est pas vraiment ce que je voulais dire mais qu'en gros ces recos et bein parfois faut ... faut réussir à aider le patient, faut pas être complètement euh restreint... lui ça lui va bien oui mais non, bref lui c'est aberrant... (*rire*) mais qu'en gros les recos elles sont gentilles mais parfois c'est pas applicable... (*silence*), non j'arrive pas à t'expliquer mon idée... faudra que tu coupes parce que je vais te faire écrire pour rien... (*rire*) c'est heum, pourquoi je les utiliserai moins dans 20 ans c'est ça que je veux dire... heum c'est parce que c'est le patient qui décide et c'est pas les recommandation HAS qui vont décider pour lui ce que lui préfère faire et du coup le jour où je saurais mieux les informer et mieux savoir ce que eux veulent faire et bein... mais je serai toujours contente que elles soient là pour me rassurer et me donner des grandes idées. Voilà. (*Rire*)

Mais il y a tellement de consultations... les recommandations, c'est quand même hyper limitées comme champs d'application comme... tout à l'heure, il y a un mec qui vient me voir euh bref pour me raconter des angoisses pour me raconter une histoire incroyable (*rire*), et bein il y avait pas de reco à faire, après il y a un patient il a une gastro, il sait très bien traiter une gastro, je lui explique, je lui ai strictement rien prescrit, il a juste arrêté de manger, il va beaucoup boire, pourquoi il vient me voir ? Pour un arrêt de travail ? Bon bah, il y a pas de reco non plus... ça dépend de la gastro, ça dépend du virus, les gastros elles durent une demie journée, il y en a elles durent cinq jours. C'est pas possible. Du coup moi ce que je fais, une gastro que j'ai vu lundi, je lui ai mis lundi, mardi et je lui ai dit bon bah mercredi, si vous pouvez pas vous revenez mais je lui ai mis que deux jours mais en général, je mets que une seule journée, je mets que la journée où ils sont venus me voir où il est pas allé travailler, je mets que cette journée là et pis après bah je leur dis bah vous revenez, puis là, lui, il est revenu mais sinon ils reviennent pas en général, mais d'ailleurs ils reviennent plus jamais ! (*rire*)

Par rapport au clientélisme, je crois que c'est la ville qui fait ça, mais aussi la France. Moi j'avais commencé à faire une thèse toute seule sur la surconsommation médicamenteuse. J'avais pas de directeur de thèse et j'avais commencé à faire des visites un peu là dessus et essayer... et du coup, je voulais faire une étude comme ça euh qualitative, sur la surconsommation médicamenteuse, bref. Euh, et on explose tous les autres pays en terme de consommation de médicaments et il y en a plein qui me disent, ah et je peux mettre du Pivalone®, et je passe mon temps à leur expliquer bah, il y a des corticoïdes, ça diminue l'œdème, vous vous sentez mieux mais il y a des effets secondaires machin, les autres, c'est de l'éphédrine mais ça j'ai l'impression que j'arrête pas de le répéter... les corticoïdes, la pseudo éphédrine, les sprays nasaux, c'est de la merde bon je dis pas ces mots-là, après j'explique l'antitussif, et du coup je passe plus de temps à leur dire que je vais rien leur prescrire et pourquoi je leur prescris rien puis après je leur explique que les physio doses c'est génial, regardez ! Alors une fois... je pense qu'ils le prennent même pas en pharmacie... alors ce qui

marche, c'est quand je leur fais faire...mais parce qu'il y en a une là, ça a trop bien marché, du coup ils sont... non mais ça marche pas, j'ai le nez encore bloqué. Du coup, je les allonge, je leur mets une pipette de sérum phy dans chaque narine, puis après ils se mouchent et ils se sentent mieux du coup, ils disent, ah ouais, c'est incroyable ! mais il faut que j'ai réussi à aller jusqu'à là et au début, en général, je mets quelques gouttes et là ils sont snif (*en train de renifler en mimant*) alors bon, ils le font eux même et ils trouvent ça hyper désagréable de se mettre du sérum phy dans le nez, c'est tout un théâtre, qu'ils sont en train de me faire alors que le gamin, tu lui mets à fond dans le nez et ça les dérange pas... non, l'adulte, ça ne le dérange pas de mettre la pipette à fond alors que l'adulte il se met trois gouttes dans le nez voilà et il tousse.... Ils doivent se dire, mais c'est quoi cette folle, une fois que je leur ai mis le sérum phy dans le nez (*rire*) (*silence*).

Non mais sur les recos, sur juste les infections ORL, elle est super longue, ils disent qu'il faut pas mettre d'antibio machin... et euh... c'est clair que celles-là, bon bien sûr je mets pas de spray nasaux, je mets pas d'antitussifs, je mets pas d'anti inflammatoires, je mets pas de corticoïdes euh mais parfois je mets des antibiotos parce que les gens, ils viennent tellement te voir en se disant que c'est ça qui va les guérir... parfois, je me mets presque à douter... parce que il y a des gens qui s'automédiquent et qui prennent des antibiotos et bien sûr ça va mieux après et ce bien sûr... et même moi, j'ai eu des... parce que en fait, dans les reco, là, ils disent que dans les grosses rhino pharyngites, t'as des sinusalgies et du coup, il y a pas de sinusite, c'est juste des sinusalgies et donc faut pas mettre d'antibio et du coup, j'ai déjà essayé de pas mettre les antibiotiques, dans les grosses rhinopharyngites avec sinusalgies, y a pas de fièvre et puis c'est pas le truc énorme, les gens, ils viennent pas en te disant, j'ai mal à la tête, j'ai tout qui est bloqué, j'ai des sécrétions vertes, j'ai de la fièvre, ça tu mets les antibio mais ceux qui ont des sinusalgies et que je mets pas d'antibio et bah ils reviennent, je mets les antibiotos et c'est fini en deux s'condes quoi. Du coup tu te dis, bah faut peut-être les mettre les antibiotos... je commençais à douter sur euh les sinusalgies, je suis en train de me dire que je les mettrais tous sous antibio parce qu'il y a une telle amélioration du patient juste après... et l'autre truc, c'est aussi du coup on met pas d'antibio, sauf si c'est un BPCO qui se met à cracher plus sale. C'est ça le critère pour mettre les antibiotos mais les gens qui sifflent... ah oui, y en a une j'étais contente... y en avait une qui sifflait énormément qui crachait machin mais comme d'habitude et elle était pas connue BPCO et d'habitude elle crachait un petit peu... voilà bref et elle je lui ai mis Augmentin®, corticoïdes, comme si elle était en décompensation de BPCO à l'hôpital et elle est revenue, elle était encore pire... et du coup elle, elle voulait plus me voir, elle est revenue pour que je l'envoie voir le pneumologue, je lui disais on va pas voir le pneumologue là, vous êtes en détresse respiratoire, vous allez aux urgences... elle n'y est pas allée, elle est allée voir le pneumologue qui lui a fait un scanner, un machin, un truc, puis finalement qui a rien fait de plus et finalement qui allait mieux après. J'ai pas compris, elle a pas changé d'antibio, elle a toujours eu l'Augmentin® et ça allait mieux. Non, mais elle a eu des aérosols. Et du coup, voilà, je crois que les grosses bronchites et les sinusalgies et bah je mets des antibio, là, je commence à en mettre et j'en mettrai beaucoup plus que ce que j'en mets maintenant.

On a l'impression qu'il y a une grosse demande. On met facilement un gros cocktail avec antibio, cortico, Pivalone® et Mucomyst®.

Non mais Mucomyst® à quoi ça sert ? À fluidifier les sécrétions ? Qu'est-ce qu'il y a de mieux pour fluidifier les sécrétions que de mettre du sérum phy dans le nez ? Tu fluidifies à grandes eaux. Moi, j'ai déjà eu des sinusites et je me fais mais 20 pipettes de sérum phy dans le nez par jour et c'est hyper efficace (*rire*) en 3-4 jours, ça va mieux et je sais pas... je me dis mes enfants, ils sont quand même pas très malades et je leur lave le nez à fond par rapport aux gamins que je vois au cabinet qui re reviennent et les parents, ils leur lavent pas le nez hein. Le mien, il siffle tout le temps, je pense que c'est allergique et j'ai essayé de la Ventoline® et ça l'améliore... ça c'est pas dans les reco et c'est la pédiatre... alors je vais la voir mais il va super bien, c'est pour une visite de contrôle, la visite des deux mois, je crois, et du coup il siffle, et alors que pour une fois, il a pas beaucoup le nez qui coule donc il devait pas siffler beaucoup, il siffle un peu tout le temps, enfin c'est juste qu'il est tout le temps un peu comme ça. Bah elle lui a mis de la Ventoline®, elle l'a réécouté et il y avait plus de sibilant et du coup elle lui a donné de la Ventoline®. Et à l'HFME, ils font pareil, ils font un test Ventoline® et si ça siffle plus après la Ventoline®, ils la laissent, sur toutes les bronchios...

Merci beaucoup

Entretien E

Si vous le voulez bien dans une première partie, je vais vous demander de vous présenter.

Alors je m'appelle... Je suis médecin généraliste, j'ai bientôt 60 ans, j'ai trente ans d'exercice euh... (rire)... et donc du coup trente d'exercice de médecine générale en zone rurale et puis je suis marié, j'ai deux enfants, je suis grand père, j'ai deux petites filles et bientôt une troisième, en préparation.

Vous travaillez dans quel environnement ?

En zone rurale, dans un environnement rural et à plus de 30 minutes des hôpitaux. Mais avec un hôpital local... une population donc de euh paysanne mais aussi des industries euh du type, plutôt de l'artisanat plutôt, pas des industries mais de l'artisanat. Il y a aussi quelques notables, banquiers... mais enfin, qui sont très minoritaires et très peu d'industrie... juste une industrie, textile.

Qu'est-ce qui vous a donné envie de faire de la médecine générale ?

La médecine générale, en fait, c'est venu spontanément parce que mon père était médecin généraliste à Paris, ma mère était aussi généraliste initialement mais elle a pas tellement exercé... elle a fait de l'allergologie, quand on était plus grand. Et puis mon grand-père, que j'ai pas connu, était lui aussi médecin généraliste avec une orientation un peu plus gynéco obstétrique sur Nîmes.

Pas d'envie de spécialité alors ?

Non, j'avais pas d'envie de spécialité ce qui fait que je ne me suis pas engagé dans des études euh... avec euh l'internat avec comme objectif les hôpitaux de Paris, j'ai pas eu cette problématique-là. C'est plutôt médecine générale, point barre. Je trouvais que, il y avait... j'avais pas vraiment d'autres euh vision de la médecine qu'une médecine qui était ouverte sur tous les champs d'application. J'avais pas de... j'imaginai pas m'enfermer dans une application, un seul champ d'activité particulier. Et par ailleurs, le contact du médecin généraliste et particulièrement du médecin généraliste, à la campagne, me plaisait bien parce que je savais qu'ici euh étant originaire de par mon père de l'Ardèche, euh j'avais des biens familiaux, une grande maison qui me plaisait énormément, une maison de vacances pour laquelle je me voyais bien euh, je me sentais bien investir cette place là comme médecin généraliste. Donc du coup, j'avais aucune euh aucune, aucune euh motivation à tous points de vue pour faire de la médecine de spécialité, médecine d'organe... c'est vraiment pas du tout, à aucun moment une envie, une vocation.

Comment est-ce que vous vous formez aux nouvelles recommandations ?

Comment je me forme aux nouvelles recommandations ? En fait, euh, on va dire consultation euh... actuellement... je suis passé de la presse écrite, il y a quelque temps... maintenant, je suis beaucoup plus sur l'informatique euh, j'ai quelques organigrammes qui nous sont passés par les caisses d'assurances maladies et délégués, ça je les regarde, mais aussi euh, sur des consultations maintenant en allant sur internet, à chaque fois que j'ai une problématique, si je me pose des questions ou quelques cas... où... mais en fait, c'est vrai que je travaille de plus

en plus en temps réel sur internet, quand j'ai un doute ou quand j'ai envie de savoir un peu ce qui se dit. Je sais pas, par exemple, sur la maladie de Lyme, tu vois un Lyme, je vais regarder les recommandations actualisées, euh, est-ce qu'il faut faire une sérologie ou pas de sérologie... est-ce qu'il faut antibiothérapie ou pas d'antibiothérapie, qu'est-ce qu'il faut comme antibiotique, je vais donc avoir en fait ça comme recommandation par rapport à des choses très ciblées. Mais pour le reste, euh pas tellement, je suis plus maintenant sur mes propres recommandations et que j'essaie de bâtir autour d'une nouvelle découverte, qu'est la systémique, une approche beaucoup plus globale et pour laquelle, finalement, c'est moi-même qui crée avec le patient nos propres recommandations. Je suis un petit peu hors-la-loi par rapport à la facilité de prendre une recommandation HAS, je suis en train de réfléchir en fait, sur comment créer nos propres recommandations, euh avec des recommandations sur des approches pluri disciplinaires, une nouvelle euh, un nouveau mode d'exercice, c'est-à-dire qu'on va travailler non plus sur des concepts simplistes, telle, telle, maladie c'est ça et rien d'autre et chaque patient étant différent, comment est-ce qu'on peut aborder une pathologie euh de façon valide euh et surtout très pluridisciplinaire et là dessus, le plan, c'est d'utiliser d'abord les recommandations qui nous sont éditées par la fédération française des maisons de santé, ça existe déjà avec un site. Et d'autre part, pour créer mes propres maquettes à partir de ce qu'on va appeler, nous euh, des projets pluri disciplinaires ou matrices, euh, euh matrice euh y a un nom, qui n'est pas encore complètement connu mais euh, matrice des qualités ou matrices euh par thème. Par exemple, maladie cardiovasculaire, approche pluri disciplinaire des maladies cardiovasculaires avec des, des recommandations qu'on va se recommander nous-même euh qu'on va valider auprès de la HAS, c'est-à-dire qu'on va faire participer la HAS, on va faire l'inverse... on va inverser complètement la dynamique... c'est pas la HAS qui va nous dire ce qui faut faire, c'est nous, qui proposons à la HAS, une maquette, une matrice pluri disciplinaire avec laquelle, on va réfléchir euh on va la valider c'est-à-dire la critiquer, la faire critiquer euh modifier éventuellement certains éléments et ensuite faire valider par la HAS auprès de l'ARS donc on inverse complètement les choses, c'est ça, ça va être comme ça que je vais travailler.

Et là vous en êtes où sur ce projet ?

Alors c'est bien avancé. 2014, on est en train de créer une des matrices actuellement avec, on fait ça, avec Pierre de Haas et les fédérations françaises de maison de santé et on est dessus, il y a des équipes qui bossent déjà. Et j'ai rencontré des types de l'HAS qui sont complètement d'accords pour dire carrément, y compris chez nous, venir nous aider à travailler. C'est-à-dire qu'on n'est plus spectateur d'une recommandation mais on devient co acteur, y compris avec la haute autorité sanitaire, on devient co acteur, en fait de protocole, ça c'est vachement plus intéressant.

Quelle serait pour vous une bonne définition des recommandations ?

Alors en fait, c'est, une bonne recommandation, c'est qu'on soit en fait dans une approche au plus près au fait des axes de la personne qu'on soigne... chaque personne étant différent, on peut pas euh faire une recommandation universelle, simplement là, la méthodologie générale qu'on peut euh universaliser, c'est-à-dire, en fait qu'on construit une première approche pas forcément d'ailleurs, puisque c'est pluridisciplinaire, c'est pas forcément les médecins qui le font. Pour en fait recueillir les priorités de la personne, et on va essayer de résoudre, de travailler

sur ses priorités en utilisant les axes, les plus accessibles pour ne pas se mettre nous ni mettre la personne en échec. Donc on va tout faire pour ne pas être un échec. Petit à petit, on va faire participer le patient à cette construction pour réaliser en fait, il est prioritaire et nous on va agrémenter, ça avec un peu d'éducation à la santé et on va le rendre euh euh peut être plus sensible ou plus savant sur des domaines, qu'il ne connaît pas par exemple sur les facteurs de risque cardio neuro vasculaires euh c'est quoi les aliments qui sont recommandés, ceux qui ne le sont pas par rapport à une pathologie euh euh éventuellement l'estime de soi, on va travailler sur l'estime de soi, si la personne est... si la personne n'a aucune estime de lui-même, on va pas l'engager à changer quoi que ce soit à la limite, on risquerait d'être contreproductif... et on va travailler aussi sur l'envie pour lui, de modifier quoi que ce soit au niveau de sa santé. Et puis, on va travailler aussi sur ses capacités à faire telle ou telle chose, le cas, par exemple d'un régime euh particulier, diabète, et on va travailler avec des gens, si c'est quelqu'un qui est d'une autre culture, euh on a travaillé avec les armes qui sont accessibles à sa culture. On ne va pas travailler sur le diabète d'un marocaine, euh comme on travaille sur le diabète d'un ardéchois. Par exemple, euh on va pouvoir faire une consultation éventuellement avec un infirmier, dans laquelle, il y aura le mari et sa femme. C'est sa femme qui fait la cuisine en l'occurrence et c'est souvent le cas encore, bah c'est intéressant de pas considérer que le mari en expliquant le régime sur le diabète, alors que, il fait pas la cuisine et qu'il va manger ce qu'on lui sert à table. Par exemple. Donc, on veut être au plus près de la réalité des gens donc c'est ça... qui va être, qui va constituer les éléments de la recommandation.

Comment concrètement, ça se passe les maquettes que vous décrivez.

Non en fait, on a des éléments oui oui... la vision, c'est comment on fait... je vais le soumettre, pour l'instant, on est vraiment dans le brainstorming, c'est-à-dire, qu'on ouvre complètement nos esprits, nos cerveaux et on ne se refuse rien. On ne se refuse strictement rien, tout est possible et en fait, on a travaillé pendant quelques années sur un concept qui est celui de la cible, avec des axes qu'on met autour d'un cercle, pour des raisons simples, c'est que en fait c'est un outil, qu'est très facile à construire, les axes représentent des priorités parce qu'on va travailler surtout sur des priorités, et on peut mettre les priorités à la fois du soignant, ou des soignants, et euh du soigné donc du patient. Donc, il symbolise bien la co construction qui répond bien à ces critères, alors ensuite au niveau de l'évaluation et du langage, le cryptage, le décryptage on a utilisé en fait un langage universel qui sont les couleurs et en fait les couleurs, rouge de façon très universelle et quelque soit la langue signifie danger, hein, c'est voilà... la couleur verte, par contre, signifie souvent à l'inverse c'est euh, quelque chose, qui est, je crois que c'est la couleur préférée de tout le monde au niveau universel et le jaune, c'est une couleur qui peut être considérée comme intermédiaire mais on peut être amené à changer les couleurs, si jamais un daltonien ou je sais pas quoi, on peut changer les couleurs évidemment, on lui demandera. Euh, là dessus euh, on peut faire une cible dans laquelle on va mettre sept axes principaux qui sont les sept axes considérés à la fois comme c'est une co construction, par les médecins, par le médecin en l'occurrence puis que c'est le médecin traitant et le soigné, son patient, qui sont sélectionnés comme les plus importants dans lequel le médecin bah va au moins mettre quatre ou cinq axes et le patient en mettre 2 ou 3 donc ça constitue la cible centrale et sur chaque axe qui vont être dégagés qui vont être déterminés à partir d'une euh, d'une des consultations initiales, qui vont servir de, de consultation de recueil de données, d'échanges sur

les priorités du soignant et les priorités du soigné explication échange ! Une fois qu'on a co construit ça, on a amorcé un genre de projet dans lequel les bases sont bien posées, c'est-à-dire que le patient, il n'est plus déjà un simple spectateur, donc c'est déjà une première victoire sur les démarches. Rien que ça, même si les axes sont nuls, c'est pas le problème, on a déjà atteint un premier objectif. Et cet objectif là, une fois que les axes ont été bien déterminés, une fois que on a mis un tire sur chaque axe donc c'était une consultation spécifique, euh on peut faire une première évaluation, euh évaluation du médecin enfin du médecin en l'occurrence et évaluation du patient dans lequel on peut aborder des confrontations d'évaluations c'est-à-dire que le médecin va proposer dès sa propre évaluation et il va poser la question au patient et vous, vous situez où ? c'est intéressant parce que c'est une euh ça va donner une double perspective, un relief, pas seulement un médecin qui évalue mais c'est aussi un patient qui évalue sa propre position, sa propre perception des choses, à partir de la chaque axe eut être redecliné sur des cercles secondaires et qui vont être des cercles qui vont être construits par les autres intervenants. L'infirmier, l'infirmière donc le la le kiné, le psychologue, le psychomotricien, le psycho comportementaliste euh euh le phospho thérapeute, le bidule thérapeute euh qu'importe on s'en fout toute personne qui intervient dans l'environnement du patient et qui a une mission d'aidant dans le soin et quelque part dans le soin. Donc, quelque part, chacun est amené à réfléchir, quels sont les axes de travail, alors si c'est euh psychomotricien, il va y avoir l'estime de soi, la perception du corps, la motricité euh on va faire des axes qui sont très spécifiques, l'ergothérapeute, ça va être autre chose etc... donc ces axes secondaires vont être déterminé par le thérapeute en question et qui va donc définir sa stratégie qui va être visible par tout le monde hein et avec sa propre évaluation et le soignant celui qui est traité va pouvoir sur chacun des axes secondaires aussi il aura droit de tout, y compris, de contester éventuellement le praticien en disant bah, non, moi, je me sens pas du tout en capacité de... toujours pareil y a toujours la possibilité et l'idée c'est que ça va constituer au fond, à la fois une trame de projet, ça devient un projet thérapeutique, un projet de soin, ça devient aussi une évaluation de, à quel niveau, sur chaque axe voir chaque sous axes, la personne se situe avec une double évaluation du praticienne et du soigné, on va pouvoir vérifier si les choses sont en accord ou pas, et comme c'est un outil qui est mesurable, il va permette de faire un suivi avec une réponse sur une page qui répond absolument à toutes les questions, qu'on peut se poser et non seulement, il répond à toutes les questions mais dans un langage universel, c'est-à-dire que quelqu'un qui parlerait même pas la langue, supposant quelqu'un qui parle aucune langue qui comprend absolument rien aux axes, il peut savoir, s'il est dans le rouge ou il sort du rouge... euh sans compter que l'évaluation est possible puis qu'il va du rouge vers le jaune ou du jaune vers le rouge et ça permet aussi de, d'aborder au fait une notion tout à fait nouvelle pour nous qui est c'est quoi un travail systémique, un travail pluridisciplinaire avec une approche dite systémique, c'est-à-dire, en fait dans lequel, on travaille dans l'hyper complexité, c'est-à-dire pas seulement de la personne mais aussi dans la stratégie, du projet etcetera avec une règle qui nous est dictée par les systématiciens, je crois que c'est comme ça que ça se dit et de dire, il suffit que un axe progresse dans une direction pour que tous les autres soient influencés, c'est ça, la systémique hein, c'est-à-dire dans l'hyper complexité tout est dans tout et réciproquement. C'est d'ailleurs pour ça que je dis, avec grand plaisir un peu de tout vaut mieux que tout d'un peu, c'est exactement ça, c'est la conséquence de ça c'est-à-dire je pense que c'est en fait, en réalité, ça n'a aucune importance si on travaille sur un axe qui n'a aucun rapport du moment qu'il progresse, parce que du coup, il

a une interférence sur l'estime, sur l'estime de la personne, sur sa croyance qu'il peut s'améliorer et s'il croit qu'il peut s'améliorer, il va s'améliorer ou en tous cas, il est en capacité de s'améliorer alors que s'il le croit l'inverse, il peut pas l'être. Alors en réalité, c'est applicable à toutes les consultations, oui, moi je l'ai fait euh, dans le cadre des fibromyalgies, moi je le fais systématiquement. Je suis toujours en discussion avec la femme que j'ai soigné et elle voudrait éventuellement diffuser ce qu'elle a vécu et, et pourquoi elle se sent mieux, ça m'intéresse prodigieusement parce qu'elle était vraiment mal cette femme. Donc si tu veux, moi, ça m'intéresse bah parce que ça a marché et deuxièmement parce que ça me reconforte dans, dans, dans ma méthodologie et dans ce que j'essaie de construire. Moi, j'ai des bons résultats et sur tous les patients pour lesquels j'ai pris le temps alors, est-ce que c'est reproductible par tous les médecins oui et non. Euh, je pense que c'est reproductible quelque part, mais chacun doit s'accaparer la méthodologie, quelque part la méthodologie doit être suffisamment, est suffisamment justement euh, comment dire suffisamment peu rigide. C'est le principe qui compte. Ils peuvent s'approprier, on le fait ou on le fait pas. Pour l'instant, leur problématique, c'est qu'ils ont du mal à sortir de leurs croyances hein, la problématique c'est ça. Mais, je pense que de toutes façons notre système de santé, moi j'en suis convaincu, que j'ai comme épuisé pendant 30 ans est en échec, en échec grave hein puis que c'est un échec qui coûte, on n'a plus les moyens de toutes façons de, de, ça coûte de plus en plus cher de toutes façons, on n'a absolument plus les moyens et on est au bout du rouleau, parce que de toutes façons, on n'a plus les sous donc, on peut plus y aller, donc on est obligé de changer. Ce changement, si nous, en tant que médecins, on ne le fait pas, on ne le provoque pas, on va le provoquer pour nous, donc c'est clair, donc c'est pour ça que moi, je me bats vraiment là dessus, donc ça c'est la première justification. La deuxième justification, c'est que ça m'enchant, c'est magnifique pour moi qui, qui, un passionné si tu veux de la médecine de découvrir encore après 30 ans d'exercice des tas de choses qui sont nouvelles et qui me fait comprendre un certain nombre d'échec etc. troisièmement, je trouve que c'est des éléments qui sont finalement relativement simples même à exprimer. C'est très facile à expliquer euh très facile à reproduire, c'est très informatisable, très facile à informatiser entre 0 et 10 sur des axes euh c'est de champs avec une note entre 0 et 10, c'est très facile. Et en plus, euh les statistiques peuvent être faites de façon extrêmement et pour le coup très très riche. Parce que, comme c'est très méthodologique, avec des champs bien précis, on peut même faire des thesaurus de champs, sur le plan national, on pourrait créer des thesaurus dans lequel mettons 10000, mettons 1000 ou 500, petit à petit on va réussir à les concentrer sur 100 ou 250 et donc du coup, ça nous permettrait d'avoir des évaluations même nationales sur des choses comme par exemple sur des pathologies complexes, hypercomplexes et plus la pathologie sera complexe et plus ça aura du sens. Et là-dessus en terme traçabilité, on va pouvoir peut être même progresser et j'suis en train de faire je, je, mon rêve, c'est de rencontrer Charles Frey qui est vraiment un spécialiste au niveau européen si tu veux, il y en a trois dans le monde, comme ça et je vais le rencontrer ce type, je vais le rencontrer et on va échanger, je vais lui expliquer hein, mon approche et lui il va m'apprendre la sienne. On va essayer de confronter nos idées et voir comment on pourrait progresser aussi, ça va m'amuser quelque part, c'est des gens intéressants, c'est pas n'importe qui. Voilà donc c'est une vision extrêmement modeste (*rire*) sur quelque chose d'extrêmement simple (*rire*) mais qui parle de l'hyper complexité.

Actuellement qu'est-ce que vous en faites des recommandations ?

Bah, je les regarde avec beaucoup d'intérêt, mais avec aucune, euh aucune envie de faire une photocopie, parce que c'est précisément l'inverse de ma démarche. C'est-à-dire que toute démarche qui, est une qui, impose en fait sans se préoccuper le moindre du monde de la, des priorités de l'autre est un échec assuré. C'est pour ses raisons, c'est pas que c'est mauvais en soi mais ça ne tient pas compte d'une démarche qui ne doit pas être celle, ça c'est la première raison, la deuxième raison c'est que de toutes façons on ne peut pas en aucun cas dissocier la promotion de la santé, la prévention et le soin. Si on n'a pas ces 3 éléments-là, de toute façon on le sait on ne fait pas de la santé. On fait autre chose mais on fait pas de la santé. Alors moi je fais de la santé je fais pas de la maladie, ça m'intéresse pas la maladie, ce qui m'intéresse c'est la santé. Et donc c'est une approche positive qui m'intéresse hors toutes les approches que l'on a des hautes autorités, enfin des recommandations c'est basé sur une vision négative, la maladie. Déjà a pour moi, c'est un écueil. Hein je voudrai qu'on ne parle plus d'assurance maladie mais d'assurance santé ça m'intéresserait beaucoup plus quoi, c'est plus enthousiasmant comme projet (*rire*) d'ailleurs on parle bien du ministère de la santé, c'est pas le ministère de la maladie ! Non mais c'est pas du tout banal comme euh, remarque, c'est complètement fondamental. Donc si tu veux on a une problématique culturelle qui est, qui est très ancienne et qui est fondée sur une approche philosophique quasiment de la crainte de la peur. En fait, si tu veux c'est la politique de la peur. Je peux faire peur, Fumer Tue, et je prétends que ça va t'empêcher de fumer et bah non, c'est pas comme ça que ça marche, ça peut même être, être tout à fait contreproductif... donc notre système de santé est basé sur la peur, hein, sur des recommandations « faut pas faire ça » alors qu'on sait qu'on fonctionne pas comme ça... l'humain ne fonctionne pas comme ça. Rien que pour ça déjà, c'est pas bon. Deuxième argument, deuxième point, euh il faut euh, que l'on puisse quelque part passer d'une posture de maître à élève à une posture de "je suis à côté". Donc, si je suis à coté, je vais pas avoir un discours *euh* tu dois faire ceci tu dois faire cela. Si je dois dire à quelqu'un tu dois faire ceci, je vais me mettre en face hors on sait, les sociologues, y a des gens qui ont étudié ça, ont vérifié et ont montré que ça ne marchait pas bien en terme d'efficience, on est à 25% à peu près d'efficience, si on est à coté on passe à 70% déjà rien que la dessus il faut pas faire ça il faut se mettre à coté hors être à coté, ça veut dire être complice hein et ça veut dire être justement dans un échange dans lequel celui qui détient la vérité n'est pas forcément celui qui est le professeur, je dirais à la limite au mieux c'est inverser les rôle c'est-à-dire celui qui a des recommandations c'est plus le médecins mais c'est le patient. Là on est dans le sublime et là on est hyper provocateur, hors notre problème c'est que nous ne sommes pas en capacité psychologique d'accepter cette posture. Donc du coup en prenant conscience de ça je suis obligé de réinventer complètement l'approche avec le patient. C'est une approche qui va prendre en compte tout ça d'où d'ailleurs les chaises multiples euh on passe devant derrière, on s'approprie l'espace avec l'idée que et dans certains cas je l'ai fait euh on dit d'emblée, je vous préviens euh, je, je suis votre élève. Vous allez m'apprendre, je vais essayer de comprendre.

Et vous pensez que c'est que en médecine générale qu'on peut faire ça ou que ça s'applique aussi aux autres spécialités ?

Je pense en fait en réalité euh plus les spécialistes appliquent cette méthode là, meilleurs ils sont. Parce que quand tu vas opérer quelqu'un euh, d'une tumeur, si tu as pas fait une approche sur quelles sont vos priorités et etcetera, déjà l'opérer sans faire ça, c'est grave. Je pense que certains le font mais c'est une petite minorité, c'est ce que je te dis notre système de

santé est malade, ça va changer, actuellement je te dis ça va changer parce qu'on peut pas faire autrement que de changer ça, on va avoir du mal parce que les français sont très très très très fiers de leur génie, c'est un problème culturel hein, les français ont un problème culturel mais ils vont le faire parce qu'ils auront pas le choix donc ça va se faire petit à petit et ça va se faire à mon avis à partir de d'un certains nombres de publications qui vont faire que alors faut des outils faciles, des outils reproductibles euh je pense que la ce type d'outil que je t'ai décrit pourrait être un outil publié qui soit utiles pour les recommandations. Donc voilà, c'est pour ça que je te dis que c'est pas du tout irréaliste, je pense que c'est à nous d'inventer les outils, de les faire passer, d'abord de les faire valider par la haute autorité sanitaire, elle qui nous impose et bien on va lui dire, on inverse les rôles pareil, la même chose hein, vous êtes plus notre professeur, c'est nous on va vous expliquer mais par contre, on vous écoute parce que vous avez une connaissance que nous n'avons pas donc on veut vérifier absolument avec vous c'est très important et on veut que vous nous validiez si ça vous paraît effectivement dans des règles qui sont euh qui méritent d'être transmises, on est d'accord, on est votre élève aussi, tu vois ? Et du coup derrière l'ARS qui va valider forcément puisque c'est validé HAS, une fois que c'est fait, c'est plié on a gagné, les recommandations euh c'est de faire ceci, c'est de faire cela et petit à petit dans les années à venir, on pourra avoir une modification radicale du système de santé dans lequel on sera proche des patients. On s'apercevra que ça coûte moins cher, qu'il y a de meilleurs résultats, et que finalement les gens sont beaucoup plus heureux, que finalement tout le monde peut participer à la fête, d'où l'idée d'ailleurs de faire la grande fête, de la grande santé et euh, je pense que c'est ça qu'il faut faire. Je suis persuadé. C'est fou, il y a qu'à, c'est pas très compliqué !

Qu'est ce que vous pensez de l'Evidence Based Medecine ?

Je pense que de toute façon on a besoin, je suis pas du tout, euh je suis pas, je suis contre en fait que toutes idées, que une méthodologie surtout quand elle est quand même scientifique euh n'a pas d'intérêt, mais je pense qu'elle ne peut pas s'appliquer à tout par exemple appliquer ça dans une fibromyalgie, je pense que c'est c'est ça va pas marcher quoi parce que c'est beaucoup trop euh comment dire, c'est trop simpliste. Sous prétexte qu'on a une méthodologie euh vachement structurée de ce type, on risque de passer complètement à côté de l'essentiel donc je pense que le fait d'avoir une rigueur de ce type, est trop peut-être euh c'est un peu comme un couteau, ça va trop couper, c'est trop blessant pour beaucoup de gens mais si ça peut sur un élément sur un axe donné, c'est peut-être la bonne méthode donc je pense que voilà c'est pour revenir à la cible, c'est peut-être la bonne méthode, sur un axe et du coup on ne l'exclue pas mais on va pas l'appliquer à tous les axes. Sur l'estime de soi par exemple, je pense que ça marchera pas du tout cette affaire là, tu vois ce que je veux dire ? Mais par contre, tu vois peut être sur la problématique de pourquoi, est-ce que son LDL a varié ou pourquoi est-ce que sa kaliémie va varier de telle façon alors qu'il avait une infection et qu'en plus, on lui avait donné tel médicament. Ok, très bien là, on est sur une problématique hospitalocentrée, sur une problématique euh physiologique, biochimique, ce que tu veux, raisonnons avec ce qu'on connaît et on va essayer de comprendre, ça ok.

Donc il y a quelque chose de différent dans la médecine générale ?

On est influencé par des méthodologies, celle que tu prétends, celle que tu cites et d'une certaine façon euh on va dire Claude Bernard pour remonter un peu plus haut avec une

méthodologie euh uniquement, hypothèse diagnostique, euh, je vérifie l'hypothèse euh, si elle est vérifiée, je prétends que c'est ce qui c'est passé, grosso modo quoi... en trois mots. Euh bah ça ça reste tout à fait intéressant mais ça va s'appliquer à des problématiques ou à des problèmes qui sont une petite partie de la personne et qui peuvent être éventuellement à 100 lieux des priorités de la personne donc à quoi bon aller faire une étude hyper pointue sur le plan de qu'est ce qu'il s'est passé dans tel domaine si le patient lui son problème c'est que il veut faire ses courses ou il veut récupérer son chat. (*Rire*). Donc c'est pour t'expliquer que, oui dans un axe voir plusieurs axes, très bien mais il y a d'autres d'autres d'autres axes où ce sera vachement mieux de faire de la phosphothérapie ou de la art thérapie ou de euh psycho machin bidule euh ou de faire de la marche à pied au tour du mont Blanc quoi. Tu vois ce que je veux dire. Moi, je pense qu'il y a des méthodologies infiniment plus efficaces sur des axes qui échappent totalement à ce type de méthode. Et la on est plus du tout, on est plus capable de comprendre et j'en ai des exemples, j'ai eu un exemple aujourd'hui même, un enfant autiste euh les médecins grands spécialistes avec des grands principes, ils ont fini par le présenter après le Risperdal® chez un enfant autiste qui parlait pas, lui filer de l'Haldol®, hein, ça a été une catastrophe avec des effets secondaires pas possibles, et la maman en désespoir de cause en désespoir de causes, alors qu'elle était pas du tout formatée sur l'homéopathie hein, est allée voir un homéopathe je sais pas quoi bidule machin à Vals Les Bains, qui lui a filé 15 CHOpium 15 CH, 4 gouttes par semaine ! Dans un demi verre d'eau ! 15 jours après l'enfant parlait... extraordinaire ! Et elle me raconte ca, elle me raconte écoutez docteur, je sais pas ce qu'il s'est passé mais je vous affirme c'est ca qui s'est passé, t'vois ? donc je dis soyons modeste, sachant que tous les axes son intéressants, mais tous les axes n'utilisent pas les mêmes méthodologies et bien tant mieux et que finalement on peut se demander si c'est pas une méthodologie du type tout le monde se met en burka que de dire tout le monde doit appliquer la théorie de bidule machin, je trouve ca mais incroyable, c'est quoi ces gens la, mais nous en tant que médecins généralistes on a au moins normalement a condition de pas avoir été formaté jusqu'au bout hein, jusqu'au bout du bout c'est a dire vous êtes que des généralistes vous faites ce qu'on vous dit et vous la fermez. Mais si c'est pas ca, c'est vous êtes des gens responsables, vous avez, vous êtes en fait au cœur du système de soins du premier recours euh on vous confie quelqu'un vous confie sa santé quelque part, on en tout cas son bien être, il est en manque, s'il est venu nous voir c'est qu'il a une problématique de santé, a vous d'essayer l'accompagner dans une démarche de soin, crack, la ca prend du sens quoi, la du couple métier prend du sens et on va avoir une infinité de problématique à gérer donc du coup on va pas avoir une problématique , tout le monde est différent, y compris les soignants, c'est pas seulement le soigné, c'est aussi le soignant avec une émotion face à une émotion et finalement, c'est ca qui va jouer, c'est l'émotion face à une émotion, une personne face à une personne, et ces deux là vont essayer de trouver un endroit où ils vont essayer de communiquer ensemble quelque chose et essayer de s'enrichir l'un de l'autre crouk et là dedans, y a des axes en effet, euh médico centré, y a effectivement l'IMC, y a effectivement la numération, parce que le mec effectivement s'il a une anémie, plus une hyperglycémie, plus je sais pas quoi euh clairement il va avoir un problème de bien être, donc c'est ça qui est vachement passionnant, c'est que en fait, on oublie rien, on utilise sa connaissance, c'est quand même pas rien mais elle est totalement insuffisante pour faire le tour d'une problématique complexe ou l'idée d'une approche systémique et pour moi c'est clair, il n'y a que cette approche là, et en plus, elle est respectueuse de chacun. Moi j'aime beaucoup celle là, cette idée que au moins pour une fois, c'est ce que j'ai

expliqué d'ailleurs à cette femme tout à l'heure, moi ce qui me plaît, c'est que tout le monde devient respectueux de l'autre, le patient respecte son patient, le patient respecte son médecin, mais le médecin en tant que médecin généraliste et quelque soit sa spécialité voir même dans le para médical, respecte que bah effectivement, il y a des approches différentes qui vont permettre de faire avancer, de débloquent un axe de faire progresser une personne, fabuleux ! et là, quelque part moi j'ai une vision extrêmement claire de ça pour la quelle je ne vois pas de faille, j'en vois pas, j'en vois pas, je ne vois pas si tu veux l'endroit où il y a une faille, à la fois sur le plan éthique, c'est parfaitement éthique, à la fois sur le plan réalisable, c'est réaliste, c'est pas euh une espèce de folie furieuse d'un mec complètement shooté qui raconte n'importe quoi, non pas du tout, hein c'est euh, c'est parfaitement scientifique, ça repose un peu sur des théories euh tout à fait scientifiques qu'on appelle la systémique. Et en même temps, ça repose sur des axes, euh chaque axe que le médecin généraliste, qui est quand même plus centré sur Claude Bernard euh Laennec euh Pasteur etc. va nous euh on travaille plus effectivement sur ce type de protocoles, donc on ne renie pas du tout ça, mais par contre, c'est pas parce qu'on a utilisé un protocole, une systématique que l'on est pour autant un bon médecin. On est bon sur un axe mais c'est un axe, (*rire*) sur les sept quoi, donc tu vois moi, je recentre toujours mon discours sur Ottawa, tu regarderas, la charge d'Ottawa, qui est notre référentiel, en tous cas qu'est devenu mon référentiel parce qu'il faut des référentiels et celui là, il est parfaitement reconnu par l'OMS, c'est parfaitement un truc reconnu, euh tout le monde est d'accord, hein. Donc tu vois, on est pas dans des trucs flous quoi. On est dans des trucs vachement précis et respectueux de l'autre, donc il y a une éthique euh moi, ça me convient. Sur le plan économique, parce que ça intervient, sur le plan économie de la santé, c'est également quelque chose qui, euh, qui est économe parce qu'on est dans quelque chose qui est, on est sur des choses qui coûtent pas très chères, pas très chères, mon examen, pas de protocole qui imposent de faire 50 examens parce que il y a eu 3 éternuements le matin à 8h, tu vois ? Mais ça ne t'empêche pas de faire le bilan, euh toi en tant que médecin, c'est absolument pas, ce n'est absolument pas comme dans certains comportements médicaux, de médecins, qui sont partis dans des grandes théories et qui deviennent mais, complètement euh et, qui recentre tout sur un axe... c'est mon axe la vérité, tous les autres sont des crétins, quoi, c'est tout sauf ça. C'est justement l'inverse, c'est pour ça que je prétends que c'est éthique, que les autres, ceux qui me voient, qui me rentrent dedans, en disant quoi ? Je leur dis écoutez, je sais pas mais je vois bien que vous avec travaillé sur un axe, moi, pas du tout, mais ça m'intéresse, ça m'intéresse beaucoup, je connais rien du tout ! Est ce que vous pourriez me marquer sur un cercle là, les axes sur lesquels vous travaillez. Moi ça m'intéresse parce que là, je vois bien que là, ça peut peut être bien m'aider, tu vois, je fais l'inverse, je rentre complètement dans un partenariat ouvert pour lequel rien ne me choque. Par contre, je ne veux pas accepter les gens qui prétendent "je sais". Donc, quand on fait une recommandation sanitaire sur l'hypertension artérielle, moi je veux pas qu'on me dise que sur deux axes on a réglé le problème, c'est pas vrai et par contre, je dis pas que c'est faux, c'est intéressant, je dis oui oui, je vais m'en servir, ça va me faire progresser, tu vois ? C'est un peu ça l'idée cette espèce de... c'est comme en plongée sous marine, tu es dans un courant pas possible, tu vas pas lutter contre le courant, tu vas faire avec et tu vas voir ce que tu peux faire avec, et finalement tu vas faire une magnifique plongée dérivante (*rire*), tu vois c'est ça...

J'ai peur qu'il y ait beaucoup de monde qui n'adhère pas à ce que vous dites.

Alors c'est ce qui me fait penser que j'ai raison. Parce que si tout le monde adhère à ça, c'est que j'aurais absolument rien changé à ce qu'on appelle les paradigmes donc c'est pour cette raison là que ça me donne encore plus le sentiment que j'ai raison. Non, mais c'est totalement logique, évidemment, si je fais que caresser le poil de ce qui existe, j'ai rien fait du tout. Tu sais, quand on a annoncé que la Terre était ronde et pas plate, les mecs, ils ont eu les oreilles bouchées hein, ça fait chier tout le monde, elle est plate !

Entretien F

Alors dans un premier temps est ce que tu veux bien te présenter ?

Alors, je suis médecin généraliste en zone rurale et installée depuis 3 ans et quelques mois, donc voilà. Et il te faut mon parcours ? donc j'ai fait mon externat à Nîmes, mon internat à Paris et puis euh, pas mal de remplacements à partir... dès que j'ai pu à partir du 3ème semestre d'internat, j'ai fait autant de rempla que j'ai pu, j'ai pris 6 mois de dispo pour voyager un peu et surtout remplacer et puis dès que j'ai validé mon internat puisqu'il m'a fallut d'abord valider ma thèse en 2009 et après validé mon DES en 2010, dès que j'ai terminé, je me suis installée.

D'accord, tu es en cabinet ?

Oui je suis en cabinet de groupe, où on est cinq à faire de la médecine générale rurale et avec en plus euh l'hôpital local... Euh...

Quel type d'activité extra professionnelle as-tu ?

Euh, en dehors de la médecine ? J'essaie d'avoir quelque activités physiques et euh, tennis, ski et puis euh, en dehors de ça bah, s'occuper de ma maison y compris de l'extérieur et de mon petit garçon, je rénove et puis j'essaie d'être assez présente aussi au niveau de la maison de mes parents puisqu'il faut un peu assurer et que et que voilà c'est un peu nouveau voilà. C'est juste que voilà, on se retrouve avec euh, une maison à gérer et pas d'homme à la maison donc on essaie de, faut tailler les arbres, tondre la pelouse, faut s'occuper de la piscine, y a des sangliers donc euh voilà depuis 2 ans, je découvre l'extérieur de la maison, (*rire*), j'ai pas appris ça dans mes études (*rire*). Donc euh, ça occupe mais on s'adapte puis c'est sympa un peu de piscine, un peu de voilà, pas grand-chose quoi.

Qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale

Hum hum je dirai euh, ma mère au départ, je voulais pas, je voulais faire sage-femme, j'avais pas l'âge, j'ai pas pu m'inscrire donc je suis allée à la fac, je sais pas pourquoi, je me rappelle que j'avais pas l'âge de m'inscrire au concours donc je suis allée à la fac de médecine parce que ma mère croyait en moi. Et puis moi, j'ai continué parce que je ne sais pas arrêté quelque chose que j'ai commencé, et euh et puis, voilà et puis euh heureusement que ça m'a plu, et puis euh, j'ai raté l'internat, donc je me suis retrouvée médecin généraliste et pas spécialiste enfin, je suis spécialiste de médecine générale, (*reprend son souffle*) mais je crois que ça me convient tout à fait, heureusement que la vie m'a amenée (*rire*) dans les bons chemins parce que je sais pas où j'aurai atterri sinon.

Et donc c'était pas un choix ?

Non pas vraiment. Non parce que d'abord médecin, euh au départ, jamais, je me serai cru capable, médecine générale au départ, c'est ce qui me faisait le plus peur, mais bon partout... donc j'aurai jamais choisi ça, mais euh, bah voilà. Finalement, je suis ravie.

Euh comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Euh bah les lectures, les articles, et les revues et puis et bah les avis des spécialistes aussi quand même, de temps en temps, ils glissent des petits mots dans les comptes rendus, les avis

euh, c'est pas la HAS, de temps en temps là, les alertes, et euh, mais c'est surtout les revues et euh, les petites recherches que je fais moi, quand je me pose une question euh, assez régulièrement. Il y a ça et y a aussi bah, par le biais de l'hôpital où qu'on fait des protocoles ou qu'on se pose des questions parce qu'on a un rôle à jouer à l'hôpital bah, c'est pareil, donc on fait des recherches, on est un peu au courant des recommandations et euh, comme je suis aussi le médecin de la crèche, c'est un peu pareil. Donc, euh bah je fais, de temps en temps, je suis obligée d'approfondir un peu mes, mes connaissances.

Quelle serait pour toi une bonne définition des recommandations ? Finalement qu'est-ce que ça veut dire pour toi.

(Tousse) Je pense que c'est (*silence*) dans l'idée, c'est ce qu'il faudrait, faut euh, rechercher à faire, c'est ce qui semble être le mieux dans la plupart des cas sur un diagnostic précis, c'est euh, l'idéal, voilà, si le patient ne présente aucune autre pathologie euh, si c'est vraiment le patient type de tel diagnostic, la recommandation c'est ça, faut faut essayer d'appliquer cette recommandation et puis après bah, à nous d'adapter en fonction de euh, son désir de ses antécédents, de ses interactions, des allergies, de tout ce qui va autour, de son lieu de vie euh de, à nous d'essayer de se rapprocher au maximum de ces recommandations mais ça ne tient pas compte, sans être nuisible et de faire une médecine que qu'on puisse quand même surveiller et maîtriser parce que si c'est pour appliquer une recommandation qu'on ne maîtrise pas euh, ça sert à rien.

D'accord et donc pour toi qu'est ce que ça veut dire la recommandation ?

La recommandation, c'est un guide, ça me permet d'avoir, voilà, on n'est pas, quand même, souvent dans les études l'Evidence Based Medicine voilà, on a quand même un guide, on a un pool, on sait que euh, on connaît le diagnostique et ça va nous aider à le prendre en charge de la meilleure façon possible, euh c'est c'est, ça évite à chacun de faire sa petite sauce à lui et puis finalement, ça peut éviter des dérives et des prises en charge qui sont finalement complètement inefficaces et en même temps, je pense que c'est complètement illusoire de penser qu'on puisse suivre les recommandations à la lettre. Parce que justement une recommandation, c'est pour un patient type qui va euh et souvent, c'est fait à partir des études qui éliminent justement euh les diagnostics associés, les interactions, donc toi, tu as jamais ça dans ton cabinet, tu as un patient avec tout le reste. Les recommandations ne sont pas faites pour les gens qui exercent en zone rurale. Ça ne peut pas prendre en compte le contexte social, médical d'un patient. Une recommandation, c'est une pathologie donnée ou un cas isolé. Donc euh après à nous de jongler avec (*Rire*).

Est-ce que tu sais comment elles sont faites ?

Bein normalement, tu parles de toutes les recommandations ? Il y a les consensus, les recommandations de bonne pratique et euh normalement, c'est alors tout dépend desquelles, c'est, mais normalement, pour un consensus, tu as un comité d'expert qui se réunit, euh y a des analyses comment ça s'appelle déjà, quand ils reprennent tout, des méta-analyses, qui reprennent toutes les études, ils essaient de voir s'ils peuvent dégager des recommandations avec quel degré de confiance, ABCD, euh les consensus quand justement, ils se sont réunis et qu'ils ont tout exposé, ils ont tiré des conclusions, ils ont donné un consensus à suivre. Les recommandations,

je crois c'est quand il y a pas eu euh... On n'a pas pu avoir justement de consensus d'expert ou peut être que... euh il y a pas de... Comment on appelle ça, de confiance ? De degré euh qui est pas suffisant, je me rappelle plus de ça. Je l'ai su. Tu sais les recommandations de grade ABC, je me rappelle plus les différences entre un consensus et une recommandation de bonne pratique. Mais tu peux avoir un consensus avec des accords professionnels ? Mais, quand il n'y a pas de recommandation, est ce que c'est parce qu'ils ne se sont pas réunis ? Ou... euh je me souviens plus. Je pense que je l'ai su au moment où moi je faisais ma thèse. Souvent, les recommandations canadiennes ou belges, il y a un truc aussi. Une revue belge qui est très lisible, très accessible et très pratique, quand tu cherches un truc tu tombes dessus, tu sais que tu vas pouvoir l'utiliser et pas les françaises, tu cherches.

C'est quoi cette revue ?

Je me rappelle plus euh c'était une revue belge très pratique avec... je me rappelle plus.
(Sonnerie de téléphone)

Qu'est ce que tu fais des recommandations ?

J'essaie de les suivre quand je les connais. Je peux pas dire que je les connais toutes, je suis persuadée que non, mais euh si si j'essaie de les suivre. Je pense que surtout au niveau de l'HAS, HTA, diabète euh y a quand même des choses qui sont mises à jour et euh des problèmes pulmonaires aussi y a plein de trucs qui sont intéressants, sur lesquels s'appuyer, ça peut éviter aussi, c'est quand même la base de notre thérapeutique mais voilà, après j'essaie d'adapter de faire au mieux, mais comment ça qu'est ce que j'en fais ? Bah, on essaie de les adapter, de les appliquer. Je les contourne pas, j'essaie de les adapter autant que possible. Euh tu me disais tout à l'heure, avec les pompiers que, par exemple, ça servait beaucoup dans les chimio et tout ça. Dans tout ce qui est protocolisé, et puis euh, c'est rassurant, parce que c'est vrai quand tu suis des patients y a plein de tucs où tu te dis, mais par exemple, ils commencent à reculer une chimio euh parce que les plaquettes sont trop basses et que c'est chaque fois pareil... Et tu te dis, mais pourquoi on diminue pas une dose et pourquoi euh on décide pas au lieu de faire tous les quinze jours de le faire toutes les trois semaines parce que systématiquement on recule. Pourquoi on fait pas ceci, pourquoi on fait pas cela, donc en fait même moi dès que je vois un truc, bah j'ai ma petite idée et que si y avait pas de protocole bah chacun ferait sa petite idée. Et euh, en réalité, je pense qu'aujourd'hui, on guérirait aucun cancer du sein, on guérirait rien. Je pense que c'est intéressant quand même de permettre d'avoir des études, des choses protocolisées, même si souvent ça paraît être un carcan, une chose très immuable, mais ça permet d'avancer quand même. Et puis, ça protège aussi les patients parce que je pourrais avoir une idée dangereuse et pas le savoir. Ça permet aussi de mieux connaître les effets indésirables. A partir du moment où c'est bien cadré, on sait où on va. Surtout ça aussi, ça permet, les recommandations, ça permet de bien connaître les thérapeutiques qu'on utilise et de mieux gérer les effets secondaires. Surtout en ce moment, on entend tellement parler de tout. Ça permet aussi de justifier un traitement quand euh de le mettre ou de pas le mettre, vis-à-vis d'un patient en disant, « les recommandations, c'est ça » moi des fois, je leur dis. Les recommandations, c'est de pas utiliser les antibiotiques ou de l'utiliser donc des fois, ils comprennent que c'est pas juste ma décision à moi (*rire*) et que qu'il y a quelque chose derrière.

Tu penses que les autres médecins ils font pas leur petite sauce ?

Bah, on fait tous notre petite sauce. *(Rire)* Mais sur des choses comme des cancers, euh tu vois, des prises en charge lourdes, c'est quand même bien que ce soit pas une décision d'un médecin dans son coin sans savoir que, bah, s'il regardait sur 10000 personnes bah son truc ça a marché ou ça a pas marché. C'est rassurant. Enfin moi, ça me rassure. Pareil pour les statines, tout ce qui est vaccin, c'est quand même rassurant d'avoir, et ça donne du poids, quand on doit se justifier auprès d'un patient et même pour nous, pour décider de prescrire un vaccin, que c'est quand même quelque chose de préventif, qu'on va vacciner des patients qui vont bien, des jeunes et surtout des enfants, des fois ça deviennent même difficiles pour nous de prendre la décision. Quand tu te dis que c'est une vraie recommandation avec un gros avec un grade important... ça veut dire qu'il y a des études lors... après, on n'a pas toujours confiance dans toutes les études et tous les résultats, qu'on nous annonce mais euh tu peux rien faire alors à ce moment là, si tu as pas confiance en quelque chose ou une foi. On se cache un peu derrière. Parfois, on trouve le petit truc euh c'est bien ah si si c'est très sécrétant, ça doit être purulent. *(Rire)* Tu vois typiquement c'est ça, et ça fait partie des questions qu'on m'a posé le jour de ma thèse. Quand tu sais pertinemment que tu mets pas un antibio à un gamin ou à une bronchite et que tu te dis que là, ça va tourner et que tu sais pertinemment que ta salle d'attente va être blinder et que tu vas pas pouvoir le voir le gars ou le gamin ou alors, il va attendre pendant 2h là comme ça, il va bien choper tout ce qui traîne euh qu'est ce qui est mieux ? De pas le revoir et de lui foutre l'antibio ou euh lui dire si ça va pas mieux dans 48h, vous le prenez et de pas forcément le revoir. Tu lui expliques quand même qu'il peut revenir te voir si ça ne va pas. *(rire)* ou de faire bah, typiquement la recommandation et bah du coup, ta salle d'attente est encore plus bondée... Et c'est encore pire. Des fois, c'est bien aussi de s'adapter.

Enfin voilà et moi devant mon jury de thèse euh prise de panique, j'ai quand même répondu que non des fois fallait pas, fallait anticiper et pas forcément tout revoir quand on savait que c'était pire que c'était presque un danger euh revoir pour suivre les recommandations ? Tu vois ? Je sais pas si tu vois ce que je veux dire. Par exemple, pour la bronchiolite normalement tu dois pas, tu mets pas d'antibiotiques, tu leur dis de revenir etc., mais si ton gamin il a à peine 4 mois, et que ta salle d'attente est blindée de gastro, de grippe et de bronchiolite et que tu sais que 2 jours après tu pourras pas le revoir, bah tu lui dis pas de revenir, tu lui dis de revenir que si ça va pas, tu lui prescrites sa kiné et si tu vois une oreille rouge, tu vas peut être lui glisser les antibio. Et euh peut être que tu l'as protégé finalement, même si tu as pas tout à fait suivi les recommandations. Et euh. Voilà. Mon maître de stage euh mon directeur de thèse plutôt m'a dit qu'il avait pas la réponse mais que, il avait tendance à penser comme moi. Je suis rassurée. *(Rire)* voilà.

C'est pas facile,

Surtout quand on te pose la question à la fin de thèse *(rire)* mais qu'est ce qui me dit ?

Ils étaient branchés sur les recommandations ?

Mais c'était ça ma thèse... c'était l'application des recommandations sur la bronchiolite. Mais en fait, il y a avait une grosse partie sur l'Evidence Based Medicine, sur ... voilà, je peux t'en parler si tu veux, la lire ça vaut peut être pas le coup.

Quels sont pour toi les freins à l'application des recommandations en médecine générale ?

Et bah justement, il faut pouvoir prendre en compte le contexte médical social, et ton contexte d'exercice, si c'est en zone rurale, si c'est en période épidémique, tes disponibilités et que une recommandation, elle est bah justement pour être juste, pour être au plus près de ce qui serait euh la vérité, elle est pas concernée par toutes ces choses là, après une recommandation, c'est pas quelque chose qui doit être appliqué euh strictement, c'est quelque chose vers quoi on doit tendre et qui doit être adaptée. Voilà. C'est ce que je disais tout à l'heure.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une évolution des pratiques suite à l'introduction des recommandations ?

Ouais je pense, mais ça fait pas longtemps pour moi, et moi, j'ai été éduqué dans l'Evidence Based Medicine, j'ai mis des années à comprendre puisque c'est quand j'ai fait ma thèse que j'ai commencé à comprendre ce que c'était, mais euh j'ai toujours baigné la dedans donc j'ai pas vraiment vu un changement mais euh je pense que oui. Et je pense que ça peut aider, que c'est pas fait pour les chiens non plus, même si souvent, ça nous emmerde un peu quoi mais c'est, si si je pense que ça a du changer. Notamment au niveau des corticoïdes, voilà.

Qu'est ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? Donc de l'EBM ?

Que c'est rassurant et que c'est chiant. (*Rire*) Que c'est trop limitatif, c'est euh, c'est souvent loin du problème de la réalité, c'est pas du tout pratique, c'est de la théorie, et il faut pas oublier que c'est de la théorie, je sais pas si c'est indispensable mais quand même vu le monde dans lequel, on vit maintenant, je pense que ça nous protège quand même, et euh ça permet d'avancer. Je pense que vu les thérapeutiques qu'on a maintenant, je pense que pour mettre en évidence la moindre amélioration, c'est très compliqué. Beaucoup plus que mettre en évidence un effet indésirable et donc du coup euh bah, c'est peut être indispensable, peut être que ça évite aussi pas mal de dérive notamment au niveau des labos, euh maintenant tout doit être justifier euh... ça paraît souvent très lourd et beaucoup trop mais je sais pas ça peut être utile. (*Rire*) J'en sais rien moi ça me gonfle, hein mais euh, mais en même temps, on s'en sert tous les jours et c'est vrai que j'ai jamais confiance en ce que je lis et quand on me dit quelque chose, je demande toujours, qui, c'est qui qui l'a dit et donc je suis plutôt contente de savoir que quand je lis un truc, euh c'est fait sérieusement avec des preuves tu vois, avec des stat qui est fiable euh voilà.

Est-ce que pour toi la médecine c'est une science exacte ? Pourquoi ?

Ah non bien sûr, (*rire*) je crois que je viens de l'expliquer euh, euh non je pense que déjà y a plein de façon différentes de traiter et d'arriver aux résultats et je pense quand même qu'on peut faire confiance à la nature et que les trois quarts du temps, la plupart des petites pathologies, euh, on les traite mais en réalité, on fait qu'accompagner et que on ferait rien ou on ferait autre chose, ça ferait le même résultats donc, il faut surtout ne pas nuire et d'ailleurs avec les patients on n'a pas toujours la même pathologie, on n'a pas la même conduite parce que en fait on s'adapte à ce que veut le patient et euh c'est voila, je pense que très souvent, on pourrait ne rien faire, euh écouter le patient (*rire*) et ce serait pareil et voilà, faire confiance un petit peu plus à la nature, faut pas l'oublier et voilà.

Entretien G

Alors dans un premier temps est-ce que tu peux décrire qui tu es ? (Rire)

Et bah, tu me connais, enfin bon bref, je suis XXX, euh j'ai 29 ans, je suis généraliste depuis deux ans. J'ai passé ma thèse au mois de novembre donc là je suis en collaboration libérale chez un médecin dans le 6^{ème} à Lyon que j'ai remplacé pendant pas mal de temps qui cherchait, quelqu'un pour s'associer ou collaborer donc pour le moment j'ai commencé en collaboration. Voilà, hum.

Quel genre d'activités extra professionnelles as-tu ?

Extra professionnel ? C'est-à-dire en loisir ? J'aime bien la musique donc, je fais pas mal, enfin, faisait pas mal de guitare, de chant, de compo que j'avais un peu laissés tomber à cause de la médecine et à cause de la thèse donc là, j'essaie de m'y remettre, après... après j'aime bien surtout voir des amis au restau, dans des pubs, boire un coup et puis je me suis mise au squash récemment, on va voir ce que ça donne !

Raconte moi qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Euh, médecine ou médecine générale ?

Médecine générale

Euh pour être tout à fait... médecine c'est qu'en gros euh... à la base quand j'étais au lycée, moi, je voulais plus faire une carrière dans le... tout ce qui était communication, milieu artistique, dessin euh, par ordinateur mais mes parents voulaient pas, alors je me suis demandée ce que j'avais vraiment envie de faire et c'est vrai qu'à l'époque j'étais un peu mère Teresa euh, je « soignais » tout le monde, j'aimais bien écouter les gens, les aider, donc euh je me suis dit pourquoi pas médecine. Le problème, c'est que je j'avais très peur du sang donc je m'étais toujours dit que je serais jamais médecin et j'avais mon meilleur ami, mon petit ami de l'époque qui allaient aller en médecine et puis j'ai ma prof principale qui m'a dit que le sang euh, la peur du sang ça se domine donc je suis partie comme ça en médecine. Par chance, j'ai réussi la première année, mais je pense que si je l'avais raté, je serais de nouveau partie faire autre chose... et médecine gé bah pour être tout à fait honnête, c'est parce que j'avais envie de finir le plus vite possible les études pour faire de la musique justement. Donc euh, c'était le plus court et je voulais aussi rester sur Lyon parce que je voulais... mon copain pouvait pas bouger euh donc ça limitait pas mal donc à l'internat j'avais médecine gé euh, anesth réa, médecine du travail, j'avais pas envie de me prendre la tête avec un internat un peu compliqué donc je suis partie en médecine gé et c'est vrai, qu'il y avait pas de spécialité euh qui m'avait plus accrochée qu'une autre voilà.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Bah là, je suis pas très forte euh, non déjà j'ai appris récemment qu'on a une obligation de DPC là, de développement professionnel continu donc il faut que je... il va falloir que je m'inscrive et que je fasse quelques formations mais bon ça je l'ai pas fait encore... sinon bah, en général, je me dis toujours qu'il faudrait que je reprenne les reco, les bouquins, que je potasse mais ça pareil, mais on le fait pas, par contre, c'est un peu au cas par cas, quand j'ai un patient

qui vient me voir pour quelque chose et hum hum, j'ai le temps de chercher euh pendant qu'il est là ou après qu'il soit là, à ce moment là, moi je regarde un peu les cours ou les dernières reco qui sont sorties là-dessus et puis j'essaie un peu comme ça de retenir, je reçois aussi les mails du generaliste.fr donc euh tout ce qu'ils appellent FMC, j'essaie de lire aussi euh voilà.

Donc c'est plutôt euh, quand tu dis je vais chercher les reco, c'est sur des sites ? Sur quels genres de sites ?

Euh, d'abord c'est Google, (rire) et puis si je vois qu'il y a un truc euh HAS ou... je clique dessus. Enfin, je vais préférer cliquer sur tout ce qui est HAS, ANSM, et si je sais qu'il y avait des reco comme l'infection urinaire, à chaque fois, je tape recommandation euh infection urinaire ou bronchite.

Qu'est-ce que ce serait pour toi une bonne définition des recommandations ?

Enfin qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

Bah pour moi, recommandation, c'est qu'il y a des experts entre guillemets qui se sont penchés sur un sujet, là entre... euh, c'est surtout des, sur des thérapeutiques par rapport à une pathologie particulière donc dans ma tête c'est qu'ils se réunissent, ils doivent mener des études pour essayer de déterminer la supériorité d'un traitement, la stratégie thérapeutique par rapport à une autre, et après, ils en déduisent une ligne de conduite, euh, qu'on devrait avoir, mais après c'est à adapter à la personne euh... Enfin, personne ne rentre dans une case, après, on peut je sais pas comment dire... c'est une sorte d'aide à la décision thérapeutique, mais je pense pas que ça soit 100% vrai pour tout. Mais oui, je pense que c'est quand même un résultat d'étude, c'est des réflexions qu'ils ont menées et que la majorité des patients qu'on doit traiter pour tel ou tel truc doit rentrer dedans.

Est-ce que tu sais comment elles sont élaborées ?

Précisément euh non. Quand on lit les trucs de l'HAS, il y a marqué avis d'experts, gnagnagna, des fois il y a des résultats d'études qui sortent enfin, qu'ils écrivent. Dans les faits, non, je, j'avoue, je ne sais pas exactement comment.

Et toi quand tu as besoin d'une reco, qu'est-ce que enfin qu'est-ce que t'en fais des reco si y a des trucs qui sortent enfin que t'es au courant, que tu as vu que ça sortait, qu'est-ce que ça fait ?

Des nouveaux trucs ? Ou si je cherche quelque chose ?

Si tu cherches quelque chose, est-ce que tu te dis je vais essayer de l'appliquer, est-ce qu'elles te servent dans ton exercice ?

Ouais, ça peut me servir... je me sers surtout, tout ce qui est antibiothérapie, euh... après ou alors des arbres diagnostiques, j'essaie mais j'y arrive pas toujours mais c'est vrai quand parfois je sais pas quoi faire, c'est vrai que la reco, ça permet un peu d'orienter, de choisir un examen à faire, ou tel ou tel antibiotique mais par contre par exemple pour tout ce qui est MST, quand ils recommandent en première intention la..., l'injection là, là c'est vrai que par contre je suis pas toujours. Quand il y a une petite contrainte de réalisation et pour le patient... je ...

Donc parce que tu trouves que c'est douloureux, enfin...

Ouais je trouve que c'est douloureux, ça n'en vaut pas la peine, ça n'en vaut pas forcément la peine tout de suite. Des fois, je me dis peut-être qu'on peut essayer le traitement euh... même si y a des petits cas de résistance, bon bah on peut peut-être commencer par ça et puis après on voit, bien sûr avant je fais le prélèvement, j'essaie de temporiser un peu... quand ça me paraît un peu trop compliqué à mettre en œuvre ou trop euh effectivement plus contraignant qu'une alternative euh... en laquelle je peux croire, je préfère...

Alors pourquoi les reco ils disent de faire l'injection par exemple ?

En gros, je pense que c'est des stat et ils ont déterminé qu'il y avait tant de pourcents de résistance à tel germe euh du coup, comme on a traité par antibio per os, il y a encore plus de résistance et que si on veut être sûr de couvrir à 100 % en tous cas, en probabiliste, il faut partir sur un traitement injectable par exemple. Mais après, qui me dit que mon patient n'est pas dans les 50% ou les 60% de sujets sensibles à l'antibio que je vais lui donner ?

Pour toi qu'est ce qui seraient des freins à l'application des recommandations ?

Bah on vient un peu d'en parler, je pense y a... y a ça... après j'ai des... les freins... j'ai pas d'exemple précis en tête mais c'est vrai, que parfois, ils peuvent proposer des examens un peu invasifs euh, tout de suite. Enfin, par exemple, tout ce qui est problème gastrique au delà de 50 ans, enfin je pense que des fois on peut... on arrive à être à peu près sûr que c'est pas cancéreux ou ulcéreux enfin bon. Donc on prescrit pas forcément la gastroscopie en première intention car en plus il y a des gens qui sont un peu réticents. Je pense que c'est le fait que les examens puissent être invasifs ou les traitements puissent être contraignants qui font que des fois on ne suit pas toujours.

Après, peut-être qu'on est pris dans le flot des consultations, quand on n'a pas les reco en tête euh, il faut les chercher, on les trouve peut-être pas toujours, enfin j'imagine... je sais pas, il y a peut-être pas forcément un site qui regroupe tout comme il faut (*rire*), après euh, je sais pas... ouais, tout simplement parce qu'on sait pas, qu'il y a des nouvelles reco, parce qu'on cherche pas... on prend pas le temps, ou on a appris à faire d'une certaine façon en stage ou ailleurs ou on s'est fait sa propre idée et donc on pense pas toujours à se remettre à jour et à suivre les derniers trucs. On a l'habitude de faire d'une certaine façon, ça marche, on reste là dessus.

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de nouvelles recommandations ?

Bah, pour le moment non, je n'ai pas encore trop d'expérience. Est-ce que j'ai fait évoluer... non, le diabète de toutes façons nous on nous avait appris Metformine®, Diamicon®, on n'avait pas trop développé sur les nouveaux trucs donc quand les reco sont sorties pour Metformine® et Diamicon®, moi ça m'allait bien.

Et par exemple l'HbA1c tous les 3 mois ?

Hein, ouais bah bêtement, ça c'est un truc que je suis bien, alors que c'est vrai que si elle a un peu monté, on se dit pas toujours on va changer le traitement... On la contrôle et on la recontrôle et on la recontrôle... et... oui, c'est vrai que ça, c'est des questions que je me suis pas

posées mais c'est des petits trucs que j'ai appris, que j'ai appris pour l'internat, HBA1c tous les 3 mois, TSH tous les 6 mois sous CORDARONE donc je le fais.

Qu'est ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? Autrement dit EBM ?

Oui ; J'ai jamais trop développé ce truc là, (*rire*), c'est le truc de faire des études de toutes façons non, je me rappelle plus ? bah après, moi j'ai toujours, galéré sur la LCA, la lecture critique d'article, euh je sais pas si les études sont toujours bien conduites, s'il y a des biais, s'il y a des gens qui se repenchant sur les histoires de biais parce que je pense qu'une étude n'est pas infallible donc c'est bien de vouloir montrer la supériorité d'un traitement ou l'efficacité d'un traitement, mais après, voilà est-ce que c'est si « évident » que ça de le montrer en étude, je sais pas. Après, je pense aussi que comme on dit la médecine, c'est un art. Personne ne va rentrer dans telle et telle case et on n'est pas des machines et... (*Sonnerie téléphone*)

Oui, je pense que je sais pas si le terme est très bien choisi oui... « evidence » oui c'est ça, est-ce qu'est c'est si évident que ça sinon, on serait peut-être remplacé par des machines, le patient tape les symptômes qu'il a et bim, ça sortirait une reco ou une conduite à tenir. Je pense que c'est bien qu'on... qu'on y pense, qu'on soit formé euh... avoir une certaine ligne de conduite mais après chacun adapte sa pratique à ses patients, je pense et à son expérience surtout.

Est-ce que pour toi la médecine est une science exacte ?

Bah non, non non loin de là, on est tous capable de faire des erreurs malheureusement. Je pense que les gens sont tellement différents, que même s'il y a des maladies qui sont décrites avec tel ou tel signe, ça va avoir une expression variable chez d'autres personnes donc pour une description d'une maladie, au final elle peut en avoir plusieurs chez... enfin avec le... je sais pas si tu vois ce que je veux dire, mais pour chaque personne, ça va différer, c'est jamais exact, c'est jamais euh complètement vrai, comme ce qu'on lit dans les bouquins... et puis, on peut pas non plus, nous, tout savoir et puis euh tout juger en fonction de ce qui a été dit dans des bouquins ou décrit. Je pense que souvent, on y a va un peu à tâtons... ou on est sûr d'un truc, on se plante... puis faut continuellement se former, normalement théoriquement sur ce qu'on peut proposer de nouveaux ou sur ce qu'on a fait jusqu'ici qui était pas forcément adapté, non je pense qu'il y a rien d'exact et que c'est tout le temps nouveau. Et toi, tu en penses quoi ?

On va arrêter sauf si tu as d'autres choses en tête sur le sujet ? Merci beaucoup

Entretien H

Alors dans un premier temps est-ce que tu veux bien te présenter

Bonjour, moi je suis XXX euh je suis médecin généraliste, je suis médecin généraliste, je remplace depuis 3 ans déjà euh j'ai fini mon internat, et je suis actuellement encore remplaçant. J'ai vraiment remplacé partout, de l'urbain dans la ville même euh, à du, de, la proche banlieue, de la banlieue en terme banlieue, de la vraie banlieue, euh, de la campagne profonde bah, où il y a pas d'hélicoptère, enfin y a que l'hélicoptère qui peut venir. Jusqu'à euh différentes régions, l'Alsace, la Rhône-Alpes.

Quel type d'activité extra professionnelle as-tu ?

Euh, hum hum hum va falloir que tu écrives ça aussi ? Alors mes activités extra professionnelles sont euh, bah j'en ai beaucoup je pense, euh sportivement j'aime bien le rugby, je cours, ça peut m'arriver de faire de l'escalade, ça fait un moment que j'en ai pas fait euh j'aime bien la voile. Voilà. Culturellement, j'adore lire, je lis beaucoup, euh je m'intéresse à la photographie au cinéma et dans la musique, je passe beaucoup de temps à écouter de la musique, c'est ce qui me manque le plus d'ailleurs quand je travaille. Euh, voilà.

Qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Bah j'aime bien la médecine générale parce que j'aime toutes les médecines, donc à force de goûter à chaque spécialité, finalement on se rend compte que le mieux, c'est d'être généraliste.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Alors je me suis promis de m'inscrire à une revue, au début j'étais inscrit à Prescrire que je lisais pas donc j'ai arrêté, là j'ai comme objectif à la rentrée de m'inscrire à la Revue du Prat. Je me suis posé la question entre la Revue du Prat ou la Revue du Prat de médecine générale, donc je vais prendre la Revue du Prat parce que c'est un mensuel et je pense que ça me donnera plus de temps pour le lire euh... la rentrée, parce qu'il y a pas d'article euh de journaux dans l'été donc ça sert à rien. Ça, c'est pour ça que ce sera à la rentrée donc, encore une bonne procrastination, hum, j'essaie d'aller à des FMC, là je suis allé... J'aimerais m'installer sur Lyon, c'est un peu l'objectif donc je suis en train d'essayer de faire un réseau sur Lyon donc j'ai participé aux formations de médecin, aux colloques de de de Saint Luc Saint Jo, un hôpital que j'appréciais pour les correspondants, donc je suis allé à une de leur formation euh de spécialistes avec les médecins et ça m'a beaucoup plu. Et je pense que si ça se reproduit, j'aimerais être présent et intervenir quand il y a des formations. Voilà. Je ne suis pas très recommandations HAS mais bon. Faudra que je m'y mette aussi.

Quelle serait pour toi, une bonne définition des recommandations ?

Une recommandation, c'est une pratique médicale à appliquer euh, sans euh, sans trop se poser de questions. On va dire, une pratique médicale qui peut être utilisée pour un nombre maximal de patients, quelque chose d'assez globale, de simple à mettre en place. Un peu mécanique.

Tu réfléchis pas quoi ?

Oui, on te dit qu'il y a ça, faut faire ça. C'est comme un arbre décisionnel.

Est-ce que tu sais comment c'est élaboré, comment est-ce que c'est fait les recommandations ?

En théorie ce serait quand même, on va dire hum, une réunion d'experts médicaux dans un domaine complémentaire comme par exemple des recommandations sur la vaccination, ça va être euh, c'est comme ça que j'imagine euh, un chef de pédiatrie, un chef spécialisé dans la vaccination, enfin dans l'infectiologie, euh un chef de santé publique, euh un dirigeant pharmaceutique, euh un dirigeant niveau gouvernemental car il y a quand même des choses qui sont mises en place par l'État qui se retrouvent euh, qui dirigent une étude, qui peut se faire sur un an ou deux, avec euh donc plein d'intervenants, plein d'associations, par exemple euh, là j'ai lu des recommandations HAS sur la trisomie 21, il y a une quinzaine de chefs et après chacun à son équipe derrière et euh, ils réunissent les informations diverses et variées et ils en font une recommandation d'une cent cinquantaîne de pages voilà, qui sera résumée et qui sera présentée par le directeur de la recommandation en question, voilà.

D'accord, euh, qu'est-ce que tu en fais toi des recommandations ?

Bah en fait, j'en ai lu qu'une seule des recommandations, donc j'en fais pas grand chose. Ce que j'en fais, vu que je m'en informe pas souvent, vu que pour moi recommandation égale HAS, c'est un peu les recommandations officielles, je vais pas sur le site donc je suis pas à jour des recommandations et euh, c'est quand je me confronte à d'autres confrères que j'apprends la dernière recommandation, que, qui du coup comme elle vient d'un confrère a été utile et donc euh, je m'informe et j'essaie de voir ce qu'il y a dessus à ce moment là. C'est un second temps, c'est pas un premier temps.

Mais alors comment tu fais pour traiter tes patients ? Enfin tu as appris... c'est quoi ta source quoi ?

Ma source principale, c'était l'internat. Pendant l'internat, on était à jour des recommandations quand j'ai passé l'internat et pendant l'internat, par des cours, par des rencontres avec des confrères, j'ai appris quelles étaient les dernières recommandations et à ce moment là, j'ai remodifié mes pratiques.

Ça impacte directement ta pratique ?

Par exemple ouais, par exemple, j'étais en gériatrie et il y avait à calculer un score euh score de CHADS pour voir les AVK et euh, il y avait eu différentes modifications du score CHADS avec le risque hémorragique et ça, c'est des nouvelles recommandations qui datent de deux ans donc ça m'a impacté puisque avant y avait que CHADS, c'est devenu CHADS 2 puis CHADS hémorragie donc euh voilà...

Après, quand j'étais dans une autre FMC, il y a un infectieux qui nous a présenté les recommandations des infections urinaires. En 6 mois, j'en ai entendu parlé deux fois donc forcément ça a impacté ma pratique. Par exemple, je sais maintenant qu'une BU positive avec des nitrites négatifs, se traite différemment, est une BU positive, ce que je savais pas (*sourire*).

Quels seraient pour toi les freins à l'application des recommandations ?

Euh, le nombre de pages (*rire*). Bah, une recommandation de 150 pages, elle ne sera jamais lue. Euh, une hyperspécialisation, trop de recommandations, si tu as trop de recommandations, tu les lis pas. Trop d'informations diverses, il y a l'HAS, y a le BDE, y a euh, moi je suis pas encore installé, je reçois pas encore la pub de l'État, mais quand on est installé, on reçoit des papiers de tout, et de ce que j'ai vu les médecins ne les lisent pas et les jettent donc trop, c'est délétère.

Est-ce que tu penses à d'autres freins ?

Faut du temps... Bah, en principe si une recommandation, je l'ai lue et qu'elle me semble pertinente, je pense qu'elle est pertinente parce qu'elle a été faite, elle a été préparée par un grand groupe de médecins, c'est pas moi qui vais juger de la pertinence, je vais de principe l'appliquer mais la question c'est, est-ce que je vais avoir le temps de la lire ou non ? C'est surtout ça mon problème. A part une aberration éthique, et là ce serait du cas par cas, bah moi c'est pas mon point de vue mais je reviens sur la trisomie 21, euh, je sais qu'il y a des médecins qui ne pratiquent pas l'IVG et qui ne prescrivent pas un dépistage, euh ça, se serait une considération éthique si c'était mon cas, ne pas l'appliquer, euh qui pourrait me freiner. Euh, maintenant, euh, non y a rien qui me freinerait à appliquer une recommandation. Je pense que je suivrais bien, enfin j'essayerais au maximum.

Ressens-tu une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ?

Je pense que notre génération d'interne ou de jeunes médecins a été formée sur des recommandations officielles, officielles HAS et sur la lecture critique d'article et moins sur des recommandations de pharmaciens, des études faites par des projets pharmaceutiques, donc euh, donc on va être plus à même de suivre ces recommandations, globalement ouais, je pense que c'est ça.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? EBM.

Bah, je pense que c'est la médecine qu'on pratique tous les jours. Bah y a, on est dans une médecine allopathique, basée sur des preuves euh, relativement fiables bien sûr avec quelques excès, avec des médicaments qui ont été attribués par, je pense au Seroplex® et au Seropram® dernièrement où il y a eu une étude pharmaceutique qui a été approuvée par un grand médecin euh qui appartenait à l'HAS oui euh, non à l'agence euh ASN euh ANSM, et qui a eu dernièrement un niveau de preuve qui a été classé en euh médicament à, euh (*claquement de doigts*) à amélioration clinique... niveau 5, je sais plus trop ANSM 3 ou 4, en gros médicaments utiles. Et en gros euh... je sais plus où était le fil de ma réflexion...

Bah, globalement notre médecine allopathique elle est quand même efficace, on s'intéresse de plus en plus à la place d'autres médecines euh qui est moins scientifiquement prouvée, que ce soit la médecine chinoise, indienne euh la sophrologie... elle a sa place dans la société pour moi, en préventif plutôt qu'en thérapeutique, mais elle a sa place en tous cas. La question est très dure donc euh... redonne moi ta question ?

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ?

Bah, ce que j'en pense, en tous cas une chose est sûre, c'est que les preuves scientifiques qu'on applique, depuis 150 ans minimum, ont permis une amélioration, une explosion de la

médecine dans le bon sens du terme. Quand je regarde bah toutes les spécialités, cette médecine a fait sa preuve, elle a permis de guérir, de sauver donc elle utile, il y a des abus donc c'est là que je voulais en venir avec le Seroplex® et le Seropram® parce que c'est soi-disant des études scientifiquement prouvées euh, mais au final, on arrive plus ou moins à les dépister même si ça dure 10 ans, même si c'est 10 ans après euh, en tous cas ça n'enlève pas la place à la médecine alternative, même si elle est moins prouvée. Mais plus dans la prévention, parce que notre médecine qui a fait ses preuves, elle fait plus ses preuves dans la guérison et pas dans la prévention. Il y aurait plein de choses à faire de l'autre côté mais qui ont moins besoin d'être prouvées scientifiquement que ça fait un effet.

Et donc pour toi est-ce que la médecine est une science exacte et pourquoi ?

Non, la médecine n'est pas une science exacte. Ça, c'est certain. La médecine essaie de se rapprocher d'une science exacte au maximum donc euh, il y a tellement de biais qui nous sont encore inconnus. Euh c'est difficile donc il y a la part psychologique qui est quand même immense euh... je pense que c'est une médecine qui est basée sur des systèmes de pensées et qu'à chaque nouvelle découverte, on améliore de nouveau, donc ça peut pas être une science exacte, ce ne sont que des théorisations du corps avec une exactitude mais c'est pas parfait euh, d'où la, la nécessité d'avoir des études scientifiquement cadrées pour avoir la plus juste, se rapprocher au maximum d'une certaine vérité. Ça te va comme réponse ?

Ah, mais tout me va. Est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

Ce qui est bien, c'est que toutes les médecines avec la mondialisation, toutes les médecines vont se rapprocher euh, les unes des autres et je pense qu'on a encore quelques découvertes à faire.

Notre médecine avec les preuves, je te parlais de la médecine efficace, par exemple, avant les femmes mourraient en couche. Euh, une naissance était euh, une naissance était un événement qui pouvait être dangereux euh, l'enfant n'était pas sûr de naître, ça c'était encore il y a 50 ans. La gynéco, elle a fait un bon énorme, l'hématologie, j'en parle même pas et ça depuis 20 ans, maintenant les gamins atteints de leucémie, tu les guéris alors qu'avant, c'est clair qu'ils allaient mourir. Euh qu'est-ce qu'on peut avoir comme autre spécialité euh la chirurgie maintenant, tous les vieux, ils ont une prothèse de hanche.

En fait là, et en médecine générale ?

Bah la médecine générale, c'est quand même, c'est vrai que limite, on est devenu des orientateurs, c'est un peu le problème. Après un bon médecin généraliste, là, je me suis engueulé la semaine dernière parce que j'ai changé des médicaments, tu vois ? Allez on y va, on change les choses, si tu prends pas euh... par contre, on n'a pas le droit de prendre de risques, c'est un peu compliqué de, à la fois changer de médicament sans prendre de risque... On m'a engueulé une ou deux fois, mais c'est le cardio ou l'endocrino qui n'a pas revu son patient depuis quatre ans. Il y a un moment, c'est des conneries mais d'un autre côté, les autres médecines, les médecines alternatives, elles ont pas évolué depuis 2000 ans, c'est un peu ce qu'on peut leur reprocher un peu, mais leur but c'est de bien vivre, c'est pas de guérir aussi. On va pas aller soigner un cancer de, de, sous acupuncture par contre, si l'acupuncture permet de déstresser car elle trouve des points nerveux de stress bah, faut le faire. Si euh, dans la nourriture euh, tu

apprends à faire, à avoir un équilibre nutritif, je pense à la médecine ayurvédique, en fonction de tes traits de caractère euh oui, ça faut le prendre en compte mais pour moi, c'est du bon sens plus qu'autre chose. Euh quoi d'autres comme médecine parallèle, euh, bah la sophrologie au final qu'est-ce que c'est, c'est juste apprendre à se concentrer, c'est des termes qui sont globaux mais c'est juste bien vivre, le problème actuellement euh, c'est pas compatible avec notre mode de vie de tous les jours donc il leur faut aux patients, une comment dire, une conceptualisation, je vais faire de la sophrologie, "non mon gars, tu vas te poser et tu réfléchis". Si c'est un sophrologue bah, c'est pas pareil, je vais prendre du temps pour que ce soit quelque chose de bancable, de posé, un espèce de paradoxe. Après la recommandation, c'est plus pour la guérison ou alors de la prévention dans le vaccin mais le vaccin c'est pour moi hyper important, la vaccination ça a sauvé des millions de vies donc euh, faut pas l'oublier puis on a 150 ans de recul, un des médicaments les plus anciens. Euh, qu'est-ce qu'il y a d'autres comme recommandations ? Bah sur tout ce qui est antibiotique, ça évolue donc, on n'a pas le choix, faut des recommandations. Y en a un peu trop des recommandations. Et y a un côté humain, tu peux pas oublier le côté humain...

C'est bien le problème

En fait, c'est un mélange de dix mille recommandations en même temps et c'est à toi de jongler un peu comme un chef d'orchestre entre toutes les recommandations et essayer de le driver au mieux. Le but, c'est pas de copier-coller la recommandation, c'est d'essayer de, de, de, il y a tellement de choses en même temps, ça permet de, soit t'es diabétique, faut aller là, son côté tensionnel bah faut qu'il aille là, du côté psychologique faut, parce que bien sûr pour le côté diabétique, on va pas parler du psychologique, enfin surtout pas avec le tensionnel, arriver à peu près à en faire un et c'est là que c'est de l'art et plus que de la science. Moi, ça me semble plutôt comme ça. Maintenant, on peut pas te reprocher de ne pas l'avoir fait.

De pas avoir suivi des recommandations ?

Ah de toutes façons, tu peux toujours expliquer que tu as suivi une recommandation, sur un certain point. Pour l'instant, on est fliqué que sur les médicaments, les prises de sang qu'on prescrit, mais dans tes dossiers médicaux, on va pas fouiller dans tes dossiers médicaux pour vérifier...

Entretien I

Alors dans un premier temps est ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

Donc je m'appelle XXXX XXXX, j'ai 29 ans, je suis médecin généraliste et euh remplaçant, thésé depuis deux an. Le projet, là c'est une installation rapide, d'abord une collaboration puis installation après dans les années qui viennent !

Rurale ? Urbain ?

Moi je me vois plutôt en semi rural, en cabinet de groupe ouais, voilà.

Euh quel type d'activité extra pro tu aurais ? Tu as ?

Extra pro euh du sport essentiellement ouais. Nature (*rire*), euh que te dire, VTT, course à pied euh majoritairement, balade, rando, un peu de mer...

Qu'est-ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Euh ce qui m'a donné envie de pratiquer la médecine générale, bonne question... ce qui m'a donné envie de pratiquer la médecine déjà peut être, c'est euh hum, c'est de voir mes parents qui sont médecins, j'ai toujours eu l'impression qu'ils étaient passionnés par ce qu'ils faisaient puis ça va, j'ai l'impression qu'ils vivaient bien, donc ça c'est pas négligeable, je me suis dit que j'allais être médecin. Et puis après, la médecine générale ça a été mon stage d'externe en 4^{ème} année de médecine, donc j'avais déjà passé deux, trois ans en CHU où je commençais déjà à les trouver cons et euh de me retrouver en cabinet, j'ai trouvé ça cool d'avoir d'autres euh d'autres types de relation avec les patients. C'était pas des mecs à poil sous une blouse, dans en lit à l'article de la mort et je trouvais ça cool, pas voir que des gens ultra malade, voir des gens en bonne santé. Je trouvais ça cool euh euh enfin voilà, j'ai trouvé ça vraiment complet et puis ça me permettait de ne pas bosser à l'hôpital ça, ça a été le gros argument.

L'activité libérale ?

Oui c'est ça.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles reco ?

Comment est-ce que je me forme aux nouvelles reco ... euh, sur internet, bah je vais voir régulièrement, j'essaie de m'actualiser à peu près puis après euh lecture euh, je lis Prescrire, je lis la Revue de Médecine Générale du Praticien.

Tu arrives à le lire régulièrement ?

Ouais, Prescrire surtout, Revue du Prat, j'ai un peu de retard mais globalement enfin Prescrire je fais le test de lecture donc ça au moins ça m'oblige à... ça m'oblige à être à peu près à jour. Et donc à partir de là, tu vois un peu quand ils parlent de nouveaux trucs donc après, je vais voir sur internet de temps en temps même après en consultation des fois, on oublie des trucs, j'ai des doutes, euh Google et oui, tu retombes et tu te dis ah tiens il y a une nouvelle reco sur, je sais pas quoi, les infections urinaires ou des trucs euh donc euh ouais, c'est comme ça oui, mais c'est mes lectures.

Qu'est-ce que ce serait pour toi une bonne définition des recommandations ? Ça veut dire quoi pour toi ?

Une définition d'une recommandation ? Euh, une recommandation pour moi, ce serait euh, ce serait une conduite à tenir sur une prise en charge diagnostique et thérapeutique sur une situation donnée, qui serait élaborée par euh, euh, par des gens dont c'est le domaine de compétence et surtout, qu'elle soit élaborée au niveau des, au vue de l'EBM quoi, qui soit basée sur de la littérature concrète euh voilà que ce soit pas juste trois experts qui disent, je suis le spécialiste de tel truc, je fais comme ça donc faut faire comme ça... ça, ça m'intéresse pas. Faut que ce soit vraiment un truc euh, qui soit étayé et élaboré scientifiquement et dont moi, je puisse me servir euh pour que ça me guide dans ma pratique même si après euh, entre les reco et la vraie vie, il y a... je pense aussi que c'est notre boulot de médecin généraliste, faut quand même adapter la situation aux patients...

Est-ce que tu sais comment elles sont élaborées ?

Les reco ? Ce que je sais, c'est que c'est une sorte de comité euh scientifique enfin, je sais pas si on dit comme ça mais des gens dont c'est enfin le but du jeu pour qu'une reco soit bien faite, il faudrait que ce soit des gens dont c'est le domaine de compétence mais aussi bah des médecins généralistes des non médicaux, c'est pas mal aussi et des euh normalement, il y a une sorte de bibliographie quoi, ils font un état des lieux de, un état des lieux des connaissances en la matière et puis à partir de là, ils font une sorte de consensus donc je sais qu'il y a plusieurs grades là, ABC selon si c'est vraiment un truc qui est grade A en gros, si j'ai bien compris, c'est un truc vraiment béton, on a des preuves euh formelles de machin, de trucs, et grade B, c'est plutôt des consensus d'experts, plutôt des situations où il y a pas forcément euh de choses très claires dans la littérature mais voilà il y a quand même des prises en charge un peu globales qui se... qui se dégagent et puis euh non, C, enfin plus on s'éloigne du A moins c'est de l'EBM quoi, en gros et plus c'est de l'avis d'expert quoi. Euh voilà pour les...

En quoi les reco, euh pardon qu'est-ce que tu fais des recommandations ?

Qu'est ce que j'en fais, bah je m'en sers, j'essaie de m'en servir euh j'essaie...

Tu as dit à un moment qu'il fallait t'adapter euh...

Ouais bah, ouais j'essaie de euh j'sais pas la dernière que j'ai revu, je sais plus bah, c'est celle que je reprends sur les infections urinaires avec des, du coup, ça permet de réactualiser un peu, enfin de clarifier, enfin je trouve celle là, ça clarifie un peu deux trois trucs sur euh dans quelle situation, tu peux faire des traitements courts ou pas euh, revoir un peu, les, ouais, les antibiothérapies, là j'ai relu par exemple, la Nitrofurantoïne bah ils, ils disent d'en donner plus facilement alors moi, je le fais pas forcément parce que je sais qu'y a eu des des alertes machins sur les notamment les problèmes hépatiques avec la Nitrofurantoïne et donc c'est vrai que c'te reco bah en première intention, je crois que c'est dans les cystites compliquées où euh enfin à risque de complications, je crois que c'est les traitements qu'ils disent en première intention et moi ça je le donne pas, je me dis quinolones en première intention. Je les prescris pas parce que dans mon esprit, j'ai vu qu'il y a deux ans, il y avait eu une alerte de l'AFSSAPS ou je sais pas quoi sur la Nitrofurantoïne des problèmes hépatiques des machins et donc c'est vrai que...

Ils en prennent pas compte tu penses ?

Je sais pas honnêtement, je sais pas, ils disent si, si, ils disaient j'avais vu que le, la balance bénéfice-risque restait favorable pour euh, celle là, en première intention donc en soit, il faudrait le faire mais je sais pas, tu as des... puis après tu as des trucs enfin, moi je sais que j'avais eu un ou deux échecs d'antibiothérapie avec de la Nitrofurantoïne donc voilà, c'est des trucs, c'est débile mais du coup, ça joue forcément, ça joue forcément sur ta pratique quoi.

Tu te fies un peu à ton expérience à un moment ?

Ouais, je me base surtout sur les reco et après j'adapte à en fonction quand même de, de mon vécu et puis de, mais, je les enfin ouais j'essaie de les, de quand même les suivre, enfin je sais que ça me donne quand même un cadre euh... ça me donne quand même un cadre dans plein de trucs, enfin moi je suis... pas, je suis pas un expert dans tous ces domaines là donc ça me donne quand même, ça me donne quand même des grandes lignes sur la prise en charge... ouais bah tiens, je repense à... j'avais relu une reco par exemple, sur la diverticulite où j'avais lu que c'était recommandé systématiquement, une recommandation grade A euh, faire un scanner et moi, je le faisais pas forcément, et depuis bah, j'essaie de, alors, après c'est pareil, tu vois, j'avais eu deux trois patients comme ça, quand j'étais en Saône et Loire, donc avoir un scanner, c'est une semaine de délai par exemple, donc là tu le fais pas, mais là, dans le Beaujolais là le scanner tu l'as dans la journée ou le jour après. Et la dernière diverticulite, enfin que je pensais être une diverticulite, je lui ai fait le scanner et en fait c'était une pancréatite ! (rire) Bon sa lipase était normale donc je me suis dit bon bah, c'est pas mal de suivre les recos sur des trucs comme ça. Même si après, tu es sûr de toi, si le mec il a fait euh vingt, tu peux peut-être te laisser un peu de temps. Voilà, ça me guide dans des trucs euh, j'ai tendance à essayer de freiner, peut-être un peu trop les examens complémentaires et par exemple, enfin dans ce cas précis euh, je vais plus facilement au scan quand j'ai une suspicion de diverticulite, en me disant bah, de toutes façons ça sert à rien d'attendre une semaine et que le patient chauffe toujours donc ça me..., dans ce cas précis, ça me euh, ça m'aide entre guillemets à prescrire plus facilement des examens complémentaires sans me dire « putain tu prescrites un examen qui sert à rien euh, tu vas irradier le patient, ça va coûter du fric à la sécu pour rien ». Là, ça me permet, dans ce cas là précis, ça me permet de me donner une raison de le faire. Je m'en sers aussi comme ça, des reco. Sur la prise en charge diagnostique.

À la base, tu disais euh, je prescris pas de scanner sur les diverticulites, c'était parce que tu trouvais que ça servait à rien ?

Ouais parce que problème de l'accessibilité à l'examen complémentaire, ça c'était clair, et puis après de me dire aussi s'il a tous les signes, on peut peut-être se laisser euh, peut-être se laisser 48-72 h et si ça va mieux euh comment dire, on va peut-être pas s'énerver quoi. Même si au final c'est quand même pertinent d'aller vérifier qu'il n'y ait pas un abcès euh, ou un truc. Mais après ça, c'est aussi clairement l'évolution euh, c'est aussi clairement l'évolution de ta pratique enfin des histoires de chasse... euh moi, j'avais lu un peu une histoire merdique euh euh sur un Crohn, non, une MICI en tous cas, euh un truc comme ça. La meuf, ça faisait un mois qu'elle avait à nouveau mal au bide et qu'elle avait perdu du poids euh, bon bah du coup j'avais appelé le mec, le spécialiste qui la suivait pour qu'il la voit et puis il avait pas le temps, enfin c'est Bagdad pour les avis, et il m'a dit « ouais ouais tu la fous sous corticoïdes, pas de

problème, fais lui quand même une bio » et elle avait 150 de CRP c'te meuf et je lui avais pas fait de scan en me disant bon là c'est une poussée de machin euh, j'allais quand même rappeler le mec en me disant non, c'est pas sa poussée de machin et euh, trois semaines après, elle avait un troisième secteur, elle avait un méga abcès. Donc voilà, après, y aussi le vécu qui fait enfin moi pour les scan abdo typiquement, j'en fais plus maintenant. Parce que euh, j'ai eu cette mésaventure qui m'a un peu refroidi et puis ça, plus la reco... Les reco qui disent que t'en fais quand même assez facilement dans pas mal de situations bah, les deux combinés euh, j'y vais un peu plus facilement mais je, franchement, moi, avec les examens complémentaires je, j'ai souvent un peu freiné en disant voilà ça sert à rien, faut rester clinique, ça coûte des tunes à la société pour rien. Pas de la culpabilité mais j'ai toujours un peu freiné par rapport à ça, je crois. C'est comme ça, qu'on nous a peu formés, mais du coup, j'ai été trop dans euh, alors maintenant j'ai une position un peu intermédiaire et il y a quelques examens que je fais un peu plus facilement et pour ça, les reco ça m'aide, ça m'aide clairement.

Quels sont pour toi les freins à l'application des recommandations ?

Les freins à l'application d'une recommandation bah, après faut que ce soit euh adaptable à la réalité quoi, mais globalement elles le sont ouais voilà. Si voilà, après faut que ça reste adapté. Tu vois typiquement, euh, dans les, je reprends les reco sur la cystite par exemple, où on dit autant que possible faut attendre les résultats de l'antibiogramme, si tu as pas de risque de complications, de machins et bah toi, quand tu as la patiente en face de toi, ça fait deux jours qu'elle te dit quand elle pisse, elle souffre le martyr, moi je lui dis pas « vous allez attendre 48h supplémentaires, qu'on ait l'antibiogramme pour vous mettre des antibiotiques » alors que les reco le disent. Je la mets sous antibio, parce que moi, le but premier, c'est quand même de soulager ma patiente. Donc euh, voilà, c'est que ça reste adapté à la vraie vie et puis à notre pratique, nous les gens si, quand, ils viennent nous voir, ils veulent qu'on les soigne, qu'on les soulage et quand ils ont mal, on va pas leur dire « attendez 48h de plus à souffrir, pour être sûr que je vous donne le bon antibiotique pour être sûr que ça marche ». Enfin elle, elle, s'en branle quoi donc euh. Donc ça, c'est un frein ouais, faut que ça reste adapté avec la vraie vie puis avec les attentes du patient quoi. Bah dans ce cas précis. Est-ce que je vois d'autres freins euh, ça m'est jamais arrivé, mais si jamais ça entrainait en conflit avec euh ma manière de voir les choses, je parle notamment de, enfin non, j'ai pas d'exemple comme ça mais si, par exemple, bon c'est vrai qu'en lisant Prescrire, moi je suis un peu aussi un peu plus ayatollah sur les médicaments mais je prescris peu et j'essaie de prescrire des médicaments, quand même, qui ont été plus ou moins éprouvés. Enfin, c'est sûr que, s'il y avait une reco qui me disait euh, oui, oui, bah si typiquement, bon je crois qu'elle a été supprimée depuis mais le, les, reco de la maladie d'Alzheimer par exemple. Moi, les anticholinestérasiques, les machins euh j'en ai jamais prescrit, c'est pas à moi de le faire et j'en ai arrêté beaucoup. Euh, les reco sur le diabète, ça m'est jamais arrivé personnellement enfin, voilà de, quand tu es remplaçant, souvent tu reconduis des traitements donc là, je vais pas aller foutre la merde mais je sais que, par exemple les inhibiteurs des DPP4 c'est en deuxième ou troisième intention. Enfin ça, je sais que je, si je peux ne pas en prescrire, je m'en passerais, parce que c'est des molécules sur lesquelles on n'a pas beaucoup de recul, tu as des problèmes hépatiques, des machins, des trucs, pancréatiques donc euh, voilà si euh, ça, ça pourrait être un frein pour moi. Oui ça, c'est surtout d'un point de vue thérapeutique enfin surtout... les lectures de Prescrire me disent euh fais gaffe euh, voilà on

a des doutes là-dessus, leur innocuité leur machins, si y a une autre solution je vais essayer de trouver une autre solution, même si c'est pas euh, si c'est pas ce qui est vraiment euh préconisé par la reco. Dans le cas du diabète euh, après faut pas être dans le complot big pharma, mais c'est quand même un peu ca derrière, c'est quand même, typiquement dans ces trucs de pathologies chroniques, que ce soit Alzheimer, le diabète c'est quand même des marchés pour l'industrie pharmaceutique qui sont énormes. Euh les reco sur la maladie d'Alzheimer, elles ont été plus ou moins suspendues parce qu'il y a avait des conflits d'intérêt énormes. Le diabète, ils en ont refait parce que c'était pareil, c'était un peu louche. Donc il y a ça quand même et euh, même, pareil, sur les reco, sur le diabète, moi je suis un peu laxiste. Je suis pas un psychopathe du 6,5% d'hémoglobine glyquée quoi, alors, alors sauf chez les jeunes, mais après un vieux, qui a 7,5 je lui dis c'est très bien. Enfin moi, clairement après faut là aussi, faut s'adapter et euh je pense qu'il vaut mieux qu'un vieux ait un diabète à 7,5 en ayant juste de la Metformine®, plutôt que 6,5 mais qu'il ait de la Metformine®, un sulfamide qui va lui faire faire des hypoglycémies, un inhibiteurs des DPP machin qui va enfin voilà. Donc après euh,

Tu trouves, enfin tu trouves que c'est difficile de faire confiance ? Ou je me trompe complet ?

Non je suis pas parano, mais faut garder un œil critique même sur, surtout sur les reco. Moi je garde un œil critique parce que euh les mecs qui font les reco, c'est quand même euh enfin dans le lot, tu as quand même pas mal de professeur de machin et bon c'est généralement, pas des exemples, en terme de, de, d'absence de conflits d'intérêt, de trucs comme ça. Donc euh, alors j'essaie de pas être psychopathe non plus, mais ça, ça euh, encore une fois l'influence de Prescrire, mais enfin il y a souvent, ils passent au crible les reco, les machins et ils disent bon bah là, il y a eu des conflits d'intérêt et ça pour le coup, je suis convaincu que même si c'est certainement fait en toute bonne foi par des gens qui les font, à partir du labo, du moment que tu as un labo qui te finance, qui te finance tes recherches, pour tes trucs, ça peut pas être, ça peut pas être totalement objectif. Donc voilà, moi je garde un œil critique par rapport à ça, mais c'est pas pour autant que je suis un psychopathe (*rire*). Non mais après, tu vois, les situations, on en revient à la maladie d'Alzheimer enfin euh, une reco qui te dit de lui mettre un traitement sur six mois et euh pour euh, parce qu'il va récupérer deux points de MMS, après, c'est enfin moi je m'en fous. C'est pas ça qui est important quoi, ce qui est important, c'est comment ton patient va. Ce qui est important, c'est de maintenir son autonomie le plus possible, deux points de moins ou de plus sur le MMS euh, on s'en fout, c'est ça qui est un peu compliqué avec les reco. Je trouve dans certaines situations les critères sont pas forcément très pertinents. Bah que un inhibiteur des DPP4 machin fasse baisser l'hémoglobine de 0,5 point, moi je m'en fous. La seule chose qui m'intéresse, c'est de savoir si dans 20 ans, si je lui ai donné pendant 20 ans la, je sais pas quoi, glyptine il aura fait moins d'AVC, moins d'infarctus, ou il sera moins mort qu'un patient à qui j'en aurais pas donné. Voilà, mais le problème c'est que souvent, c'est des critères intermédiaires dans ces trucs là et c'est pas... enfin moi, je trouve pas ça pertinent pour ma pratique. Je trouve pas ça pertinent pour ma pratique. Donc euh...

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines reco ?

Oh, je sais pas, mais là franchement, je sais pas. Quand je suis avec mes potes médecins fatalement, on parle de médecine mais on essaie d'en parler le moins possible, donc c'est vrai qu'on ne parle pas de ça. Et euh moi est-ce que les reco ont une influence sur ma pratique, oui,

certainement je te dis, je fais plus de scanner en cas de diverticulite euh, des trucs comme ça donc euh oui, forcément moi ça m'influence, moi ça m'influence. Après les autres, autour de moi j'en ai aucune idée. Ça me marque pas.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques donc de l'EBM ?

Euh je trouve ça très bien mais ça a ses limites. Je trouve ça très bien parce que justement, je pense que ça nous guide euh, euh, ça peut aider à mieux prescrire ça c'est sûr. Certainement à moins prescrire, ce qui à mon avis est, est, un enjeu en France parce qu'on prescrit bien trop pour plein de trucs. Donc euh, je pense que c'est très bien mais après ça a des limites aussi euh parce qu'en vrai, il y a des trucs que tu peux pas faire. Là, j'en reviens encore à Prescrire qui est quand même EBM pur et dur, c'est que des trucs, on a fait l'analyse des 36 études des machins, des trucs, et je sais pas bah, par exemple, sur les antalgiques, ils disent que le Tramadol, c'est de la merde que, que, que euh, que comment ça s'appelle... l'Acupan® c'est de la merde. Donc moi, c'est sûr que si c'est en première intention, si c'est un palier 2, je vais mettre plutôt de la Codéine. Parce que le Tramadol, ça fait des hépatopathies, des risques de convulsion. Enfin c'est moins bien toléré globalement que la Codéine. En fait, dans la vraie vie la Codéine, tu as 15% de la population qui répond pas au traitement donc bah eux, je leur donne du Tramadol ou des mecs qui ont un peu des trucs rhumatologiques qui ont mal partout, au bout d'un moment, bah tu as un antalgique qui est plus efficace et bah, c'est bien de changer un peu, donc je leur file du Tramadol. S'ils ont de l'Acupan®, je leur mets de l'Acupan®. Donc euh, voilà, moi voilà, l'EBM c'est vraiment un cadre, ça me donne des, des, grandes lignes. Ça me dit dans les antalgiques, il vaut mieux préférer celui-là à celui-là. Si j'ai le choix entre plein de molécule, c'est ça qui va me guider dans la prescription initiale mais euh, voilà, si après la molécule recommandée par l'EBM, par le machin, n'est pas pertinente, n'est pas efficace, ah bah après j'adapte quoi. Même si après je m'éloigne de l'EBM mais ça me donne quand même un cadre euh. Ça me donne un cadre.

Est-ce que pour toi la médecine est une science exacte ?

Ah, (*rire*) je pense que ça dépend de la médecine que tu pratiques. Je pense que euh ça dépend de ta spécialité donc en médecine générale, c'est pas que une science exacte, il y a une part, il faut se... y a une part de science exacte mais il y a aussi une part, alors, c'est un peu con de dire ça comme ça, mais il y a une part d'art médical, on va dire. Enfin, il faut, t'es obligé de t'adapter alors qu'un cardiologue, il a un SCA ST +, il a son machin, il est à plus de 12h de, je sais plus quoi, il va lui dilater sa coronaire, lui mettre 2 antiagrégants pendant un an, il va enfin, voilà c'est des trucs, quelque soit le patient, ça reste un coeur et grosso modo, c'est trucs ultra cadrés donc là, on est quasiment dans la science exacte. Mais en médecine gé, on est quand même euh on est quand même loin de tout ça. On a des gens, qui bah, pour une raison ou une autre ne vont pas vouloir d'un tel traitement ou euh, donc là, après ça relève plus de l'art médical, entre guillemets. Je veux dire des, euh bah, par exemple des gens qu'on voit tous les jours, qui ont des troubles anxieux liés au travail, liés au machin euh bah moi je fais jamais la même chose pour deux, parce qu'il y en a qui viennent parce qu'ils ont juste besoin de vider leur sac et puis ils repartent ça va mieux. Il y en a d'autres, je les arrête parce que euh, parce que tu sens qu'ils sont au bout du rouleau. Il y en a, ils sont tellement angoissés bah, je vais leur donner des anxiolytiques sur 10 jours - 15 jours, alors que je sais qu'en soit sur le papier, la situation est

à peu près la même euh, la personnalité du patient n'est pas la même donc euh, là je pense qu'il faut arriver à sentir un peu euh, ce qu'il serait mieux enfin ce que le patient attends de toi ce que toi, tu penses être le mieux pour lui d'un point de vue de lui apporter un soulagement sans pour autant lui apporter des thérapeutiques trop dangereuses ou des trucs euh, et donc là, c'est pas une science exacte. Clairement, il y a une part, de, il y a une part de feeling, je pense qui est énorme en médecine générale. Et je pense que tes patients, enfin la relation avec tes patients, elle est quand même centrale dans la consultation et ouais, il y a beaucoup de feeling, je pense donc, il y a une part de, sur les trucs très cadrés, je pense que ça peut être une science assez exacte. Je veux dire euh enfin, j'en sais rien mais, ou c'est des situations cliniques ou c'est des pathologies aiguës bon bah, une suspicion d'appendicite bah, tu vas pas tortiller du cul soit tu as un scanner, soit tu as une écho enfin tu vois, c'est cadré. L'autre jour, j'avais une mamie qui tapait à 37 bon bah, c'est des trucs vraiment purement médicaux, tu, tu sais gérer et là, c'est cadré, mais dès qu'on est en médecine gé, il y a plein de situations où on est plus dans des... dans une situation super simple, euh, oh, il a une douleur dans la poitrine euh, et donc là, c'est le problème de la science exacte, encore une fois, c'est plus de l'art médical entre guillemet.

Entretien J

Alors tout d'abord est-ce que tu veux bien te présenter ?

Donc euh je m'appelle XXX XXX, je suis médecin remplaçante depuis 6 mois, j'ai été interne à Lyon et j'ai fait plein de remplacement dans plein de cabinets différents.

Tu vois combien de patients par jour par exemple ?

Bah ça dépend des remplacements, de 7 à 25 ça dépend

Et tu as fait plusieurs endroits ?

Ouais, alors j'ai fait un SASPAS euh à Ambérieu en Bugey où je voyais 15 patients par jour et après, j'ai fait un remplacement à Briançon, un remplacement dans un cabinet à côté de Voiron là, je voyais pas mal de patients parce qu'il y avait des consultations sans rendez-vous le matin et euh là, en ce moment, je fais des demi journées sur des cabinets différents euh autour de Vienne.

Donc tu as une activité plutôt rurale ou urbaine ?

Plutôt semi-rurale quand même. Enfin pas rurale profond mais euh... plutôt rurale.

Quelle est le genre d'activité extra professionnelle as tu ?

Je fais du ski, j'aime bien la montagne et euh voilà, j'aime bien sortir voir mes amis. Boire des coups.

Et qu'est ce qui t'a donné envie de pratiquer la médecine générale ?

Euh pas mal de chose, j'avais pas envie de bosser à l'hôpital, surtout, je voulais bosser pour moi. Je voulais faire un peu de tout. Je voulais pas m'enfermer dans une spécialité euh je, je voulais pas me prendre la tête sur un internat où fallait après trouver un poste euh ça, des publications... devoir se prostituer auprès des chefs de service pour avoir des places. Je trouvais que c'était une solution simple et que c'était quand même le plus intéressant en terme d'exercice après et qui ferme le moins de portes pour la suite. Si après j'en ai mare, je pourrais toujours faire quelque chose d'autre.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Euh je lis Prescrire, enfin j'essaie.

Tu le lis souvent ?

Oui, quand je le reçois je le feuillette assez rapidement quoi, je le lis pas de façon très approfondi, je me suis aussi inscrite aux thématiques Prescrire là, le truc de formation comme ça, tu reçois tous les 4 mois un truc sur un thème, bon j'en ai fait un pour l'instant, j'en ai un deuxième à faire qu'est pas mal et euh, euh le premier, c'était sur les démences et maintenant, c'est sur le diabète mais j'ai pas encore ouvert. Et après, euh je suis allée à quelques soirées conférences. Là, il y a des formations qui sont pas mal, euh puis quand je, je, je, regarde un peu le site de l'HAS comme ça quand, je vais pas mal sur Antibiocliv en consultation et euh j'ai deux trois sites de référence comme ça, pas plus. Surtout Prescrire, je dirais.

Quelle serait pour toi une bonne définition des recommandations ?

Une bonne définition ? Bah c'est théoriquement ce qui euh, ce qui est bon de faire d'un point de vue santé publique et pour les patients sur des thèmes donnés.

Qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

Bah ça veut dire que en fonction de la littérature et des avis enfin surtout de la littérature euh, la marche à suivre, la marche à suivre validée pour certaines euh, pour traiter certaines euh certaines pathologies ou certaines euh, enfin dans certains domaines quoi.

Tu sais comment elles sont élaborées un peu ?

Pas trop trop. Y a, je sais qu'il y a les recommandations grade A machin, bah c'est en fonction de la littérature et après, il y a les avis d'experts, il y a les conférences de consensus mais j'avoue que je me souviens plus trop. Enfin ça ne m'intéresse pas trop en fait.

Alors qu'est-ce que tu en fais toi des recommandations ?

Euh qu'est-ce que j'en fais euh, pas grand chose. En fait, je ne les regarde pas non plus hyper souvent hein. Pour l'instant, je suis vachement encore sur ce qu'on a appris récemment et du coup quand euh, par exemple tout ce qui est infection Antibiotique et tout, j'essaie vraiment de suivre ce qu'ils me disent, parce que je trouve que c'est bien fait et que c'est bien résumé et que du coup ça me simplifie pas mal les choses. Après, pour le reste, euh j'avoue que je fais un peu un mix entre euh, si ça me paraît un peu trop compliqué, je fais pas forcément toujours et je les lis pas forcément en entier, parce que je trouve qu'il y a trop de choses. Enfin voilà, pas forcément, mais j'ai pas euh...

Compliquées dans quel sens ?

Non, mais je sais pas, par exemple, la recommandation qu'ils avaient sortie sur la, le diabète, il y avait 25 pages à lire, j'avais juste pas envie quoi et du coup je fais... soit y a une synthèse et je fais la synthèse, soit sinon après j'essaie de voir ce que dit Prescrire, et j'ai plutôt tendance quand même à essayer de suivre ce que dit Prescrire, ce qui est pas forcément toujours exactement les recommandations, mais parce que je trouve qu'ils ont une démarche parfois, un peu plus euh au début j'aimais pas parce que je trouvais qu'ils disaient trop que tout était nul et au bout d'un moment à force de... on s'y habitue un peu et je trouve qu'ils ont quand même une démarche de, assez intéressante, du coup j'essaie de faire ce qu'ils disent. Souvent, ils démontent les recommandations de l'HAS et du coup alors c'est vrai que moi, là les recommandations de l'HAS, ça fait quand même longtemps que je suis pas allée voir. Je regardais surtout quand j'étais interne et que j'étais... même quand je préparais les ECN pour les trucs et tout, mais c'est vrai que ça fait longtemps que je suis pas allée les voir et eh ouais, ma principale source, c'est Prescrire, ils balaient pas tous les sujets mais sur pas mal de choses quand même (*silence*) ou alors comme j'avais, des bouquins un peu euh de référence que j'avais acheté quand j'étais interne ou des trucs comme ça quoi.

En quoi les recommandations te servent elles dans ton exercice ?

Bah ça permet de faire un truc qui a quand même un peu de validité scientifique et de pas prendre euh, d'une, t'es dans les clous et si tu as un problème, tu es pas euh, on peut pas te mettre en cause et deuxièmement bah euh ça donne quand même euh, enfin faut pas se baser que sur euh le coté empirique et les expériences personnelles parce que au final ça, ça a pas franchement de valeur, enfin, y a beaucoup de médecins qui font euh, qui disent que ça marche de faire ça et qui du coup, ils font comme ça mais en vrai, c'est basé que sur leur expérience et sur les patients qu'ils ont eu. C'est pas euh, je trouve pas que ce soit très fiable. Le coté recommandations, il y a au moins le, la, c'est un peu validé scientifiquement quand même donc c'est euh, c'est pas juste sur le ressenti personnel quoi.

Est-ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ?

Je pense que je suis pas encore capable, enfin je pense que j'ai pas assez de recul pour voir ça mais par contre, moi je pense que je fais différemment de beaucoup de médecins que je remplace donc je pense qu'effectivement, il y a des évolutions mais qui sont peut-être plus en fonction des générations de médecins qu'en fonction de euh, enfin peut-être que moi dans 20 ans ce sera pareil, je serais peut-être complètement à la ramasse et les jeunes diront que je suis pas du tout à jour.

Tu considères qu'ils sont à la ramasse ?

Y en a, ouais. Pas tous, mais il y en a une que j'ai remplacée euh elle est à la retraite dans 2 ans et franchement euh y avait plein de trucs, c'était euh tu sentais que soit c'était les labos qui étaient venus la voir, soit c'était euh, c'était de trucs qu'on faisait peut être il y a 20 ans mais qu'on fait plus maintenant. Enfin, alors du coup ça me gênait un peu mais voilà après elle fait ça, ça lui pose pas de problème, ça ne pose pas de problème à ses patients.

Donc finalement ça sert à rien ?

Non je trouve pas. Moi je trouve que c'est surtout d'un point de vue santé publique euh, économique, enfin pour le côté économique parce que c'est aussi en fonction... enfin typiquement elle, elle prescrivait pour les cystites, elle mettait tout le temps des quinolones quoi. Et je me disais, ça craint parce que bah les quinolones, ça sélectionne et que c'est plus exactement ce qui se fait quand même, donc c'était sur des petites choses comme ça, qui en soit sont pas trop gênantes pour un patient individuellement, mais je trouve d'un point de vue, d'un point euh vue santé publique et collectivité, est pas top quoi. Donc, c'est plus pour ça que je trouve que ça vaut le coup quand même de s'intéresser aux recommandations, parce que c'est sûr que individuellement, en général, tu peux sortir des recommandations et ça gênera pas grand monde. Mais si tu le fais pour tous tes patients, ça devient un peu gênant.

Pour toi quels sont les freins potentiels à l'application des recommandations ?

Euh bah déjà faut les connaître... (rire)

Oui, mais si tu les connais...

Si tu les connais bah il y a le coté si ça va à l'encontre de l'expérience personnelle. Je pense que c'est difficile d'aller contre son expérience. Quand on a l'impression que ce qu'on a

toujours fait marche bien, on a pas envie d'essayer quelque chose qui, où, on a l'impression que ça ne marchera pas. Alors que probablement ça marche aussi bien. Y a les médecins qu'on côtoie ou qu'on a côtoyés et qui potentiellement font différemment, et qui auront toujours de bonnes raisons pour faire différemment. C'est pas toujours facile, il y a les médecins spécialistes qui sont pas très souvent très au fait des recommandations, et du coup quand tu envoies ton patient pour avoir un avis et qu'on te dit de faire un truc qui est pas du tout ce qu'on aurait fait bah... ou comme la recommandation te dit de faire, c'est quand même difficile de justifier au patient, que finalement, tu vas pas faire ce que le cardiologue a dit parce que c'est pas les recommandations. Euh y a le fait que du coup de devoir changer des traitements que tu as mis a des patients euh, que des patients ont depuis longtemps et leur dire, bah maintenant ça a changé euh, je pense que c'est difficile aussi à faire passer. Et puis euh le fait que ça change enfin faut se tenir à jour quand même régulièrement, il y a quand même des nouvelles choses qui sortent régulièrement.

Qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? L'EBM.

Je pense que c'est un beau principe mais que ça ne marche pas dans tous les cas. Mais euh c'est, sur le principe c'est bien, enfin c'est logique quoi ! Mais en vrai ça marche pas tout le temps.

Pourquoi ça ne marche pas tout le temps ?

Parce qu'il y a des choses d'une, c'est pas une science exacte que tu auras toujours euh t'as toujours le facteur euh, par exemple les patients, ils répondent pas tous de la même façon sur plein de trucs. Par exemple, sur la psy, les antidépresseurs, tu peux pas raisonner pareil euh sur tous les patients, enfin moi je trouve et euh sur pas mal de pathologies euh, un petit peu les lombalgies, les trucs, les, les, tout ce qui est rhumato... Ce qui est un peu psychosomatique et tout, tu peux pas juste dire aux gens qu'il y a rien, et qu'il y a juste rien à faire, et que ça sert rien, parce que même si on prouve que la kiné elle sert à rien et que les antalgiques, ils servent à rien, les gens tu peux pas non plus leur dire « j'ai rien à faire ». Et que du coup je pense que ça, quand, quand y a vraiment des choses où tu peux avoir une preuve, disons qu'il n'y a pas, la relation médecin patient ne joue pas, c'est vrai que la médecine fondée sur les preuves, c'est très bien. Mais surtout en médecine générale, tu as quand même beaucoup de domaines où c'est pas aussi noir ou aussi blanc donc tu sais pas forcément. Tu ne rentres pas le patient toujours dans le cadre de la recommandation.

Tu disais que la médecine pour toi, n'est pas une science exacte, pourquoi ?

Parce que ça évolue tout le temps, que, il y a tout le temps des nouvelles choses qui sortent, que les patients réagissent différemment à plein de traitements. Enfin, un traitement aura jamais le même effet sur des patients différents, que, les maladies n'auront pas les mêmes manifestations chez deux patients différents donc euh je trouve que c'est... il y a des choses où c'est sûr, c'est oui/non une angine streptocoque, c'est oui ou c'est non. Mais après, il y a plein d'autres choses qui sont un peu plus euh, qui ont des présentations un peu plus foireuses, qui répondent pas de la même façon aux traitements. Il y a des patients qui sont complètement psy enfin c'est pas, la psy tu peux pas la résumer en plus tu peux pas en faire beaucoup de preuves, enfin moi je trouve. Voilà, c'est très variable.

Est-ce que tu as envie d'ajouter autre chose ?

Bah des recommandations, moi j'ai un des kiné que j'ai interrogé, qui m'a dit euh qu'il suivait pas les recommandations parce qu'il voulait pas faire la girouette parce que ça changeait tout le temps et que, alors moi j'ai pas encore, ça fait pas assez longtemps qu'on, pas assez longtemps que j'exerce pour me rendre compte des choses, mais c'est vrai qu'il y a des choses qui changent vraiment régulièrement et tu te demandes vraiment pourquoi ça change... enfin après moi, j'ai pas de mal à me dire que nous à notre échelle, on a une vision très euh, enfin sur notre expérience personnelle, éventuellement, sur celle de certains médecins qu'on côtoie, ça ne représente pas la population générale mais parfois, je pense c'est difficile de, d'aller contre ça et de se dire que si on a toujours fait ça et qu'on a jamais eu de problème et que ça a toujours marché euh pourquoi, on irait arrêter de le faire parce que euh la HAS a dit qu'il fallait pas le faire. Je me dis que le problème c'est que eux, ils ont une vision euh globale quoi, théoriquement parce que c'est sur de l'épidémiologie, c'est sur euh, c'est quand même des, normalement des recommandations qui sont basées sur un nombre plus grand. Typiquement les vaccins, c'est, pour moi, c'est un peu la même chose que les vaccins qu'on fait, pas tant pour protéger individuellement, mais plus d'un point de vue... euh tu vois le méningocoque, c'est plus pour protéger la collectivité quand même, que la personne en elle même. Moi je le vois un peu plus comme ça, mais c'est vrai que quelque part, c'est frustrant parce que, qui te dit qu'ils disent ça et en fait eux, ils sont dans leurs bureaux et qu'ils ne voient pas de patients en consultation. Je ne sais pas, j'ai pas d'exemple précis parce que j'ai pas encore plein plein de choses où je suis pas d'accord. Et c'est pour ça que... voilà, moi je regarde surtout Prescrire et quand je suis pas trop d'accord bah je fais pas ce qui disent (*rire*).

Mais sur quoi tu vas te dire là je suis pas d'accord

Non, mais par exemple ils disent le Spasfon® ça sert à rien, le Spasfon® faut pas en donner ça sert à rien. Bon, moi je suis pas convaincue que ça sert à quelque chose mais en fait ça sert surtout aux patients qui se disent qu'ils prennent quelque chose et je trouve que c'est pas forcément mal quoi. Pareil, enfin il y a plein de trucs comme ça, après, c'est toujours pareil pour des petits trucs qui ont pas de conséquences en général, mais c'est vrai, moi je trouve que ça sert à rien. Par exemple, les nouveaux anticoagulants, je sais que j'en prescris jamais parce que... Prescrire, ils en disent que la Coumadine® euh ça a fait sa preuve et qu'on a beaucoup plus de recul et que ça coûte moins cher et donc que pour l'instant, il faut rester à la Coumadine® donc c'est vrai, que moi j'ai tendance à, après j'ai un patient qui est sous Xarelto® je vais pas aller le mettre sous Coumadine® quoi. Mais si moi, j'ai à introduire un truc, je pense pas que j'introduirais du Xarelto®. Et donc plein de petites choses comme ça, où je trouve qu'ils sont quand même euh, ils ont l'avantage de prendre du recul et de refaire des évaluations régulièrement et du coup, de éventuellement de revenir sur ce qu'ils ont dit avant et ce que, ce dont je me rendais pas compte quand je le lisais (Prescrire) une fois de temps en temps car du coup tu tombes sur l'article où ils ont démonté le truc et ils ont dit que c'était nul. Après quand deux après, ils disent que finalement, pourquoi pas, bah ils reviennent dessus quand même donc je trouve que ça, ça vaut le coup et du coup quand ils disent que l'Uvesterol® pour les nourrissons, c'est pas top, bah moi, je change enfin j'essaie de suivre un peu plus ce qu'ils disent plutôt que les plutôt que le... et en fait ça me les sélectionne, je l'ai qui arrive et je lis ce qu'il y a dedans et je vais pas chercher plus quoi, c'est aussi ça.. parce que faut... mine de rien faut se les

farcir quoi (*rire*). Enfin tu vois, s'il y en a qui sortent tout le temps, tu peux pas faire que ça... j'avoue que je lis pas leurs trucs sur les chimio... mais bon, je trouve aussi que pour beaucoup de choses, c'est les spécialistes qui déconnent un peu enfin sur plein de trucs, tu as des patients qui sortent de l'hôpital, ils ont des traitements.. enfin tu te dis euh bah après moi, c'est toujours Prescrire mais euh ils disent que les Glyptines, c'est pas top, qu'il faut pas en mettre et tout donc quand tu vois que tous les diabéto en prescrivent, tu te demandes d'où ça sort quoi enfin... donc tu te dis bon bah la recommandation, d'une elle sert pas à grand chose si elle est lue, et je, j'avoue, je sais même pas ce qu'elle dit par rapport aux Glyptines mais euh mais du coup, c'est difficile, enfin tu dépends toujours de ce que font les autres quoi... tu es pas juste toi, tout seul. Sauf changer le traitement, mais après si tu redemandes à l'endoc son avis, c'est délicat d'aller lui dire euh je vous ai demandé votre avis mais je l'ai pas suivi, mais du coup, j'en ai besoin... enfin c'est euh, toujours cette position qui est un peu délicate, quoi mais euh c'est pour ça que je veux pas travailler toute seule. Et à l'inverse, je trouve que parfois ça donne aussi un argument vis à vis du patient... quand il te demande plein de trucs, tu lui dis bah là, je fais ce qui est recommandé, ce qui a fait sa preuve enfin je trouve que parfois, c'est un bon argument justement pour les trucs un peu foireux, de dire ça, c'est prouvé que ça marche euh donc ça va marcher et puis ça marche pas, ah bah tant pis et de pas aller se perdre dans des trucs euh un peu borderline ou un peu foireux. On a un panel tellement vaste euh, moi ça me permet de réduire ce que je prescris quoi. Au final, il y a plein de trucs que j'ai jamais prescrits, je pense que je prescrirai jamais. Du coup, j'ai pas l'habitude de les mettre et je prendrai jamais l'habitude de les mettre. Et je pense que c'est un peu aussi pour ça qu'elles sont bien faites quoi, par exemple celle du diabète, ils l'ont plus ou moins revue après, plus ou moins abrogée du coup ça fait un peu... tu te dis bein, à quoi ça sert que j'essaie de la tenir, si deux ans après on me dit que finalement elle marche pas, qu'elle a été faite que par des gens qui avaient des conflits d'intérêt euh tu te dis bon bah voilà quoi.

Tu te dis comme si tu n'avais pas trop confiance quoi ?

Oui je sais pas, je sais pas mais c'est surtout qu'en fait euh j'essaie d'optimiser mes ressources : le CRAT, Antibioclac et Prescrire, je prends. Que j'utilise vraiment régulièrement. Un peu le CISMEF quand je cherche des trucs un peu plus... CISMEF c'est un truc, bon j'y vais pas souvent. Ou le site de la sécu ! Pour les arrêts de travail et tout j'aime bien. Non, mais c'est ça, ça je trouve que c'est bien fait parce que ça te donne des bons... non, mais tu vois lombalgies chez un mec, c'est trois jours et lombalgies chez un mec qui fait de la manutention c'est quarante cinq jours, je trouve que c'est, c'est correct quoi. Je pense que ça dépend toujours des gens que tu as en face de toi, c'est jamais du tout blanc tout noir. Déjà il y a des gens qui veulent pas, il y a des gens qui vont refuser, y a des gens qui vont absolument vouloir ce qu'ils ont toujours eu, du coup, tu pourras rien y faire ça dépend pas que de nous quoi.

(*Reprise*) Moi là où ça m'a fait réfléchir, c'est quand ils ont parlé de, du Mediator®, tu sais le scandale machin, et en fait Prescrire a toujours dit qu'il fallait pas en prescrire. Ils ont toujours dit euh... au final personne n'a enfin l'ANSM, ils ont mis du temps à le retirer du marché enfin, tout le monde savait que c'était prescrit hors euh hors AMM au final et euh personne n'a rien fait enfin, tu vois c'est pas forcément des histoires de recommandations, mais du coup finalement faut peut-être faire confiance quand on te dit, celui là faut vraiment pas l'utiliser mais pas, oui je sais pas, c'est là, où je me suis dis Prescrire, c'est peut-être pas mal.

C'est rigolo parce que la première fois où j'ai commencé à penser à ce sujet dans mon introduction y avait eu le Mediator® et les pilules et c'est là, dans mon intro c'est ce que je voulais mettre, c'est suite à ces deux gros trucs, euh comment ça se fait que des généralistes aient prescrit des 3ème générations à fond et du Mediator® alors que y avait zéro indication.

C'est les labos, enfin en fait à chaque fois, tu as les labos qui passent. Quand ils passent souvent et qu'après on te dit que c'est bien et qu'ils te montrent des études ou ça marche vachement bien enfin c'est sur leur présentation...

Le Mediator® c'était pour faire quoi ?

C'était pour les diabétiques en surpoids mais c'était quand même euh pour, et du coup, ça a été beaucoup détourné et je pense que c'est les labos... et en fait, il y a un mec de mon jury qui a voulu que je vienne le voir pour que je lui présente ma thèse et il m'a dit euh à un moment tu sais comme c'est sur des histoires de protocoles, ça parle un peu des recommandations et ils ont voulu faire une étude en prenant des visiteurs médicaux qui présentent les recommandations de l'HAS. Et pour voir du coup, si ça aurait un impact plus fort puisque c'était présenté par des commerciaux qui ont l'habitude de leur apprendre des trucs. Et euh, l'industrie pharmaceutique était d'accord, c'est les visiteurs médicaux qui ont refusé, en disant que ça allait dévaloriser leur métier et qu'ils allaient passer pour des cons et je comprends pas parce que je pense qu'après... en fait, c'est un peu une connerie, parce que du coup euh du coup maintenant les visiteurs médicaux, c'est pas la joie quoi, et du coup ça a jamais été fait parce que, on se rend compte que c'est bien beau de faire une plaquette bien visible et tout mais qu'il faut quelqu'un pour le vendre derrière. Et je pense que c'est ça qui a fait que, moins maintenant en visite médical mais à un moment ou à un autre, c'est quand même le mec de proximité qui vient te voir. En général, c'était une jolie nana qui venait voir un vieux médecin qui lui vendait le truc et qui revenait deux mois après et qui lui disais alors vous en êtes où de mon machin, et du coup forcément après les gens, ils prescrivent, je pense qu'en fait les recommandations, c'est pas forcément très accessible pour les gens. Mais maintenant, on a une formation qui est plus euh accès là-dessus, mais tu vois typiquement sur les pilules, il y a encore plein de gynéco qui prescrivent des troisième générations et plein de nanas qui vont chez le gynéco pour se faire prescrire leur pilule. Tu peux essayer de leur changer mais ça change rien quoi. Et alors qu'elles ont jamais été remboursées et les pilules de deuxième générations sont remboursées, alors que tu as pas franchement de différence entre euh, il y a aucune différence sur l'effet contraceptif et franchement ceux qui les vendent pour l'acné au final à part peut être la Diane 35® qui est vraiment efficace sur l'acné, je crois que les autres enfin ça changeait rien quoi. C'était vraiment du discours pour, pharmaceutique et du marketing quoi mais sauf que ça coûte cher de faire du marketing. Alors qu'au final tout le monde est repassé à des deuxième générations et ça se passe bien. Je pense aussi qu'à partir du moment où les médecins libéraux, ils font ce qu'ils veulent, en fait tu ne pourras jamais cadrer quoi que ce soit. Enfin tu vois, il y a des médecins qui reçoivent plus les délégués de la sécu parce qu'ils sont jamais d'accord. Donc, ils disent bah moi je les reçois plus, ça sert à rien, ils me disent que je fais mal. Alors du coup, ça sert à rien puisqu'ils ne changent pas. Le but, c'est quand même de dire un peu, alors certes y a le côté économique qui parfois est délicat, enfin tu fais pas tout pour l'économie, mais y a aussi des trucs qui sont validés où tu sais que les benzo, faut pas en prescrire trop longtemps. Il y a plein de trucs où tu sais que c'est

comme ça et au final les médecins, ils font ce qu'ils veulent et y a personne qui les cadre et sauf que, s'il faut cadrer des médecins, c'est cadrer des libéraux et dans ce cas il faut revoir tout le système.

C'est un peu ce qu'on est en train de faire.

Oui, mais c'est pas un mal non plus d'essayer de, de, de forcer les gens un minimum à se former et à faire des trucs qui ont quand même un sens et une validité. Y a plein de trucs, les gens ils te diront bah j'ai jamais eu de problème. À l'échelle de toute une population, tu te rends comptes que les risques de cancers, que ça augmente les risques de machins, tu as plein de fumeurs qui auront jamais de cancer du poumon, tu en as plein qui seront BPCO mais en fait individuellement... je pense en fait, que c'est surtout ça le problème mais que c'est difficile à entendre parce que les gens une fois, qu'ils s'installent dans leur coin, ils ont vraiment pas envie qu'on vienne leur dire quoi faire. Et il y en a plein, c'est ça quoi, c'est des libéraux, ils ont envie de faire ce qu'ils veulent. En fait, la sécu viendra jamais te dire on vous déconventionne parce que vous prescrivez trop de trucs pas bien, ou parce que... ils iront jamais te dire que, ils pourraient, mais ils le feront jamais parce que pour les patients, tu peux pas faire ça. Donc il est probable qu'ils continuent à faire ce qu'ils veulent, parce qu'ils ont aucune contrainte. Je m'en suis rendue compte en tant que remplaçante, je voyais pas mal de trucs, c'était complètement aberrant, plein de trucs qui allaient pas. Bon, après c'est une nana qui exerce depuis 40 ans donc je peux comprendre qu'au bout d'un moment, tu as plus de mal à modifier tes habitudes mais je me dis que au final s'il y a personnes qui vient te contrôler et te dire c'est pas bien... J'ai vu une ordonnance, un médecin à Serre Che, (*rire*), pour un rhume, le mec il avait 10 trucs sur son ordonnance. Il avait de la Pyostacine®, du Solupred®, un corticoïde nasal, du Singulair®, un collyre pour les yeux, du Paracétamol et Ibuprofène euh un spray à l'eau de mer, un sirop pour la toux et des pastilles pour la gorge et un pshit pour la gorge. Alors moi, c'était un rhume et du coup le mec est venu me voir en me disant bah ça va pas mieux, moi je lui ai dit bah, vous pouvez tout arrêter quoi. Et en fait, après j'en ai parlé avec les gens du cabinet. Ils m'ont dit : mais lui il fait tout le temps ça. En fait, les pharmacies, en fait il a, il clique sur un truc sur son ordonnance et y a tout qui sort et ils me disaient les pharmaciens, ils ont tellement l'habitude que maintenant y a des trucs qui délivrent plus quand ça vient de lui. Ils disent « oh, ça je pense que vous en avez pas besoin et tu dis lui pourquoi il fait ça, là c'est même plus une histoire de suivre les recommandations, c'est une histoire de faire n'importe quoi. Enfin... il dit aux gens, quand eux disent je dois prendre tout ça, il leur dit : je vais pas vous soigner avec de la poudre de perlimpinpin, et c'est juste qu'il a pas envie de dire qu'un rhume, ça passe tout seul et qu'en fait Pyostacine® ou pas ça passera pareil sauf que la Pyostacine®, il aura mal au bide et qu'il aura la chiasse et que, enfin bon qu'il aura la diarrhée, et que du coup mais en fait, je me dis le mec ça fait 20 ans qu'il fait ça et personne n'est venu le voir. Je pense qu'il reçoit plus les visiteurs de la sécu et personne n'est venu le voir en lui disant : écoutez si vous continuez de faire n'importe quoi on va revoir, enfin je sais pas mais faut peut-être faire ça aussi quoi. Mettre un peu la pression aux gens. Parce que au delà de ça, on a quand même une responsabilité de pas mal de choses, ne serait ce que, par exemple les médecins qui font revenir les gens tous les mois pour les renouveler, enfin je leur dis peut être que tous les 3 mois voire tous les 6 mois ça suffirait, enfin vous avez peur de manquer d'argent et du coup je trouve que euh, mais faut aller vachement loin, tu arriveras jamais à revoir tellement de choses.

Sauf si tu rends le système médical complètement salarié ?

Et oui, mais c'est pas possible, oui mais là-dessus je suis super partagée parce que je me dis d'un côté, ça serait la meilleure option, c'est vrai et en même temps je me dis, mais j'ai pas envie qu'on vienne me faire chier, je me dis pour la collectivité, c'est ce qu'il y a de mieux mais moi, individuellement, c'est quand même cool d'être libérale quoi. Tu prends les vacances quand tu veux, euh pour le côté vie pratique. Du coup, c'est bizarre parce que tu te dis en fait, il faudrait faire ça, c'est ce qu'il y a de mieux, mais moi je suis pas sûre d'avoir envie de faire ça. Bon après tu as plein de salariés qui ont 9 semaines par an.

(reprise) Donc je disais, chacun fait son parcours, chacun aura toujours une raison, enfin les gens, ils ont toujours une raison de faire euh comme ils font. Soit c'est parce qu'ils ont peur et du coup euh ils veulent pas respecter les délais machin, soit au contraire, ils sont pas du tout inquiets et ils font pas. Soit ils n'aiment pas tel labo du coup, ils prescrivent pas tel médicament. Au final, toi tu arrives derrière, tu peux pas tout changer en disant bah non, il faut faire comme ça. Alors que c'est sûr que, en théorie il faut faire comme ça. Et puis, de dire aussi bah ça à changer alors du coup euh je pense que c'est vachement difficile de revenir sur ses propres pratiques, juger celles des autres, c'est hyper facile mais après, revenir sur les siennes... pourquoi toi tu fais ça et pourquoi toi, tu as du mal à l'arrêter, je pense que c'est quand même vachement dur. Mais ouais, moi du coup, j'avais un jugement hyper dur au début pour ceux que je remplaçais. Je me disais que c'était pourri ce qu'ils faisaient, qu'ils étaient à la ramasse et puis maintenant, je me dis d'une, ils ont peut être une raison de le faire parce que ça les rassure, bon celle que je remplace, elle était vraiment flippée, elle fait des cholestérol tous les 6 mois. Et elle faisait des vitamines à tout le monde. C'était trop chiant, tu vois et en même temps, bah du coup moi je disais aux gens moi, je m'en fous de votre prise de sang moi, je l'aurais pas faite donc euh même si elle est pas parfaite, j'estime que c'est pas forcément la peine d'en tenir compte mais c'est vachement délicat de dire ça aux gens du coup, ils disent " bah ouais du coup je fais quoi ?" *(rire)*. Et pareil, les recommandations sur le cholestérol avec le truc avec les seuils et tout, c'est en train d'être vachement revu ça, parce que moi, parce que les statines en prévention primaire c'est quand même en train d'être euh, en prévention secondaire c'est pas du tout remis en cause mais en prévention primaire, c'est quand même en train d'être remis en question j'avais assisté à un truc où ils disaient qu'ils avaient fait des études où ils prouvaient en fait, que c'est le fait d'avoir une statine ou pas qui était préventif mais que c'était pas du tout ni le dosage, ni le taux de cholestérol, ce qui remet pas mal de choses en question. Du coup les histoires de seuil, j'ai du mal à les tenir moi, les seuils de 1,9-1,6 1 machin. À Ambérieu, ils faisaient un truc qui, du coup était très cadré et du coup, sont un peu difficile parce que les gens après ils se focalisent dessus alors que tu te rends compte qu'ils ont des triglycérides à 4 et ils feraient mieux de s'occuper de leur triglycérides que de leur LDL à 1,7 et hum, à Ambérieu, ils avaient un site qui s'appelle Cardiorisk, tu sais, tu rentres les chiffres du cholestérol machin et il te fait une estimation du risque cardiovasculaire et il te dit... en fait il te demande le LDL, le HDL, la tension systolique, l'âge, et s'il est diabétique, hypertendu tout ça, et il te dit en gros le risque de mortalité, le taux d'événements cardiovasculaires et comment corriger ces risques, soit faire baisser le cholestérol soit faire baisser la tension, ou il vous dit votre patient il est bien contrôlé. Alors après, c'est pas euh des trucs basés sur des études et tout mais du coup, on rentre pas du tout dans le cadre des recommandations mais c'est vachement bien d'ailleurs, Cardiorisk et du coup à Ambérieu, ils faisaient comme ça, et je continue de faire comme ça, et je le montre aux gens, je leur dis vous

voyez, là ils disent qu'il faudrait faire baisser votre cholestérol donc on va le faire baisser ou quand il dit que le cholestérol, il est normal, le risque il est très faible... l'autre jour, j'en avais une avec un risque de mortalité à 10 ans, c'était 1,8 avec un risque de 15% d'événement cardiovasculaire et ils te disent en dessous de 20 c'est considéré comme faible. J'avais envie de lui dire oui, on peut toujours faire mieux mais en fait on va pas forcément s'évertuer, il vous est jamais rien arrivé euh, tu préviens pas à 100% et du coup... mais bon c'est intéressant et ça demande du temps de s'investir là dedans enfin de se tenir au courant.

On va s'arrêter là...

Entretien K

Alors tout d'abord est ce que tu veux bien te présenter, décrire un peu qui tu es

Euh donc je m'appelle... J'ai 28 ans, et je suis médecin généraliste, thésé depuis novembre 2014 euh voilà, et... et je fais des remplacements à droite à gauche, pas des remplacements fixes. Depuis euh, ça va faire deux ans et quelques, deux ans et demi.

Et plutôt milieu rural, milieu urbain ?

Euh ça dépend, plutôt allez, on va dire semi-rural, pas trop trop en ville même, un petit peu mais pas trop, plus dans la campagne profonde.

Tu n'as pas de projet d'installation ?

Pas pour l'instant.

Euh quel type d'activité extra professionnelle as-tu ?

Ça inclut tous les loisirs ? hum... c'est parti pour les poncifs... cinéma, lecture, non je fais du sport pas mal, et puis euh et puis et puis je glande beaucoup. Voilà j'en profite, c'est une année ou justement, j'ai pas beaucoup bossé après ma thèse, j'ai pris un peu une année euh tranquille. Donc mes activités extra-professionnelles euh... elles sont diverses, elles sont pas trop trop nombreuses, je me la coule douce un peu cette année, je prends mon temps, je regarde des séries, je fais du sport, je sors...

Dis moi, qu'est ce qui t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

Hum, c'est euh, bah déjà c'est mon stage pendant mon externat. J'ai eu l'occasion de faire un stage euh, en médecine générale, euh pendant 3 mois, où j'étais donc chez un praticien médecin généraliste, dans le 20ème arrondissement de Paris. Et alors que tous les stages hospitaliers me laissaient un, un, un arrière goût d'insatisfaction à la fin du stage, où je me disais ah... c'est vraiment très intéressant mais je ferais pas ça toute ma vie, euh là, quand j'ai fait ce stage de médecine générale, du coup, je me suis enfin dit, ah, éventuellement c'est ça qui me plairait vraiment là dedans parce que, il y a vraiment le suivi des patients et sur plusieurs générations même. Le côté médecin de famille, ça m'attire beaucoup, c'est ce qui me plaît quoi, le côté euh euh enfin j'ai la chance d'avoir un médecin généraliste, un médecin traitant en qui j'avais vraiment toute confiance, et c'est cette relation là qui me qui me plaît dans la relation médecin patient. Et puis et puis parce que euh tous les aspects de la médecine, toutes les disciplines médicales en fait, enfin, toutes les spécialités entre guillemets, m'ont intéressées, euh les spécialités d'organes pour froisser personne euh m'intéressaient en médecine, mais je ne me voyais pas pratiquer de façon exclusive une spécialité d'organe. J'aime bien faire un peu de pédiatrie mais je n'aimerais pas faire que ça, j'aime bien les petits vieux, j'aime bien la gériatrie mais je ferais pas que ça, donc le choix de la médecine générale s'imposait.

Comment est-ce que tu te formes aux nouvelles recommandations ?

Euh, euh je lis Prescrire ou je lisais Prescrire, parce que j'ai oublié entre gros guillemets de me réabonner depuis quelques mois maintenant (*rire*) et je lisais Prescrire jusqu'à récemment

et avec quelques numéros de retard mais je le lisais quand même et (*inspiration*) sinon des, des formations médicales continues, ou DPC, comme on dit maintenant.

Qu'est-ce que ce serait pour toi une bonne définition des recommandations ?

Alors... (*silence*) c'est, c'est je vais essayer de trouver les mots justes. C'est pour ça que je réfléchis. (*pause*) Un consensus d'experts se basant sur des données à la fois officielles et fiables et euh scientifiques hein j'entends, euh sur euh, concernant des pathologies euh les traitements nouveaux ou pas, euh leur bénéfiques, leurs risques enfin voilà. Une espèce de... les recommandations, c'est une espèce de synthèse pour moi de, des connaissances scientifiques euh sur un sujet donné, une pathologie donnée, des traitements enfin voilà, euh que donne une communauté qui ont ou en tous cas sont censés l'être, des experts dans leur domaine.

Est ce que tu sais comment elles sont un peu élaborées ?

Euh pff, non pas vraiment. Je me l'imagine enfin, je me le représente en tous cas, mais non, je pourrais pas te dire avec certitude euh comment ça se passe. Je sais qu'il y a des comités d'experts qui se réunissent euh, alors je sais pas à quel intervalle de temps euh... je sais pas si c'est en fonction de découverte récente ou pas, euh mais c'est euh, moi je vois ça comme des réunions d'experts, des sortes de tables rondes mais je pourrais pas dire par qui c'est organisé, à quelle fréquence etc...

Qu'est-ce que tu en fais des recommandations ?

J'essaie de les appliquer. J'essaie des les appliquer autant que possible c'est-à-dire déjà faut qu'elles me concernent euh les recommandations. Les dernières recommandations sur les associations de thérapies anti-rétrovirales euh machin, ça me concerne que rarement dans ma pratique quotidienne, donc euh voilà, faut déjà que ces recommandations me concernent. Il faut aussi qu'elles soient applicables en pratique courante c'est-à-dire que parfois les recommandations peuvent ne pas être forcément déconnectées de la réalité mais difficiles à appliquer dans la médecine générale courante. J'aurais pas d'exemple à te donner précis mais euh je sais qu'on les adapte notamment, certaines recommandations d'antibiothérapie euh euh, je suis parfois amené à adapter certaines recommandations. Faut pas, enfin, si j'ai un truc que j'ai appris en médecine générale, c'est qu'il faut s'assouplir un peu quoi. Ça se passe mieux quand on est souple, plutôt que quand on est rigide et qu'on applique bêtement, strictement une recommandation. Telle première ligne d'antibiothérapie, c'est ça, seconde ligne d'antibiothérapie c'est ça, enfin faut...

Mais qu'est-ce qui fait justement que tu vas te dire, tiens je vais plutôt mettre tel antibio ? Alors qu'on t'a dit en première intention de mettre celui ci ?

Euh la galénique, la posologie euh je te donne un exemple euh, qui ça m'arrive assez fréquemment chez des petits gamins, je dois leur donner de l'Amoxicilline parce qu'ils ont une otite moyenne aigüe avec une fièvre qui passe pas, de vives douleurs enfin bref... et puis les parents inquiets, enfin tout indique qu'il faut le mettre sous antibiotique, mais lorsque je calcule, allez de mémoire c'est 80-90 mg/kg mon amoxicilline, je tombe pas sur un compte juste parce que l'amoxicilline ça se donne par tranche de 250 mg, je tombe pas sur un compte juste, ça va être galère, en plus il faudra en donner 3 fois par jour, c'est pas tout à fait la même dose, ça

donne, j'en donnerai un peu plus un peu moins, enfin bref, ça convient pas. À ce moment là, je vais plutôt me tourner vers le Cefpodoxime qui propose une galénique plus adaptée avec des doses poids et donc ce sera beaucoup plus pratique à la fois pour moi à la fois pour les parents enfin voilà. Un exemple.

Ça va être un peu redondant mais en quoi les recommandations te servent-elles dans ton exercice ?

Euh bah non, elles me servent à avoir une idée de... de, enfin c'est difficile de savoir si on soigne bien les gens, de savoir si on fait les choses correctement. Il faut bien qu'on ait des référentiels et on a des responsabilités telles, qu'on ne peut pas se permettre de jouer aux apprentis sorciers, ou faire n'importe quoi. Et c'est pourquoi, je trouve que c'est bien les recommandations parce que ça permet d'avoir une garantie, un peu, de bien soigner les gens. Euh pour dire les choses un peu simplement, de... de soigner correctement, de pas se laisser dépasser par euh les événements, d'être toujours à la page, on va dire. C'est garant d'une certaine qualité de soin de suivre les recommandations.

Quels seraient pour toi les freins à l'application des recommandations ?

Ouais, la galénique, parfois, le patient lui même, sa personnalité, les doutes qu'il pourrait avoir concernant certains médicaments ou d'autres, les allergies qu'il croit avoir ou certaines intolérances euh... euh qu'elles soient justes ou pas, qu'elles soient vraies ou pas euh... les croyances des patients que ce soit justifiées ou pas euh parfois, il vaut mieux même si j'essaie de coller au maximum aux recommandations, parfois, il vaut mieux faire un peu des concessions et aller dans le sens du patient, s'adapter au patient plutôt que ce soit au patient de s'adapter aux recommandations - qu'il comprend pas forcément d'ailleurs - euh de façon à obtenir une bonne adhésion thérapeutique et euh... et dans ce cas là, on va prescrire un traitement, plutôt qu'un autre. Et dans ce cas là, pourquoi ce traitement plutôt qu'un autre à ce moment là, parce que le patient le connaît, en a l'habitude. Euh tout ça, c'est dans la limite du raisonnable et cette limite c'est moi qui la situe, c'est mon propre jugement et il est pas fixe et est amené à évoluer en fonction de... des jours, des années, de... ma patience. Parfois du temps que j'ai aussi, parfois pour expliquer aux gens la recommandation et les faire changer d'habitude. Bah ça prend du temps, euh parfois on l'a pas forcément, en plein hiver, en pleine épidémie de grippe, faut avancer plus vite donc euh voilà. Donc, pourquoi je ne suivrais pas, pour répondre à ta question plus clairement, pour s'adapter au patient. Voilà de... de... de... temps en temps. Euh la galénique comme je te l'ai déjà dit et est-ce que y a eu d'autres raisons, hum (*silence*) bah le temps comme je t'ai dit, mais c'est pas systématique, ni une raison. C'est ça, peut-être plus coûteux d'appliquer des recommandations surtout lorsqu'elles sont nouvelles parce que ça oblige à changer les habitudes de certains patients et donc c'est compliqué à mettre en œuvre, j'espère que je me répète pas trop et que tu arriveras à t'y retrouver.

Est ce que tu ressens une évolution des pratiques suite à l'introduction de recommandations ?

Oui, enfin c'est difficile à dire, oui... oui et non, ça dépend chez qui. Je peux voir des changements dans certains cabinets où je remplace où il y a plusieurs médecins euh... euh des, des évolutions de prescriptions chez les médecins et chez les patients euh hum, j'ai du mal à répondre à ta question parce que voir des évolutions, il faudrait que je suive des patients et pour

l'instant vu que je suis remplaçant et je bouge pas mal, j'ai pas vraiment de suivi euh, je peux pas voir des évolutions au sein d'une population fixe quoi. Hum mais alors ça va pas forcément répondre à ta question mais j'ai des réactions diverses et variées, c'est-à-dire que y a des gens qui vont pas comprendre que je donne pas des antibiotiques systématiquement pour une otite moyenne aigue et y a d'autres parents qui vont comprendre tout à fait et qui vont aller dans mon sens. Bref, il y a des gens qui comprennent pas qu'une angine ne se traite pas systématiquement sous antibiotique et d'autres qui sont contents de pas prendre d'antibiotique alors que c'est une angine virale euh, et donc qui sont contents de bénéficier du strepto test euh, enfin voilà. Je sais pas si on peut considérer que c'est une évolution parce que j'ai pas suivi ces personnes dans le temps et euh il y a pas, comment dire, dans mes représentations, en tous cas j'ai l'impression que les mœurs évoluent un petit peu.

Est-ce que tu penses que ce serait différent si tu étais installé ? Ta façon de pratiquer ?

Tu veux dire de suivre, ma façon de suivre les recommandations ? Hum probablement, je peux pas te répondre avec certitude puisque c'est à priori hein, donc je peux pas répondre vraiment mais probablement hum. Plus sans devenir complètement laxiste dans ma pratique médicale mais euh, plus j'ai d'expériences, plus les années passent en tant que remplaçant, et plus j'ai tendance à devenir souple avec les patients euh moins, j'ai de choses à leur prouver. Ça participe, alors du coup sans prescrire des antibiotiques à tours de bras etc, c'est pas ça, mais plus j'essaie de coller aux recommandations de bonne pratique médicale, tout en essayant de m'adapter au patient et donc du coup euh j'imagine qu'avec une patientèle qu'on suit, toujours la même etc, euh je serais amené à évoluer, enfin ma pratique sera amenée à évoluer et, mais tout comme donc pour répondre à ta question, oui, je pense que ma pratique évoluera quand je serai installé parce que je m'adapterai aux patients et en même temps les patients aussi vont s'adapter à moi donc euh vu que ma pratique a déjà évoluée en 2 ans, 2 ans et demi de remplacement, je vois pas pourquoi elle évoluerait pas encore quand je serai installé, dans le bon sens j'espère.

Qu'est ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques (l'EBM)

Euh je pense que c'est nécessaire, je pense qu'on faut... faut être critique. Enfin, faut jamais se séparer de son esprit critique mais encore faut-il pouvoir l'exercer parce que parfois certaines données scientifiques en tant que pauvre médecin généraliste ancré dans notre médecine ambulatoire, on a du mal à, à, à appliquer ce qu'on a appris en LCA hein. Il y a à critiquer certaines données scientifiques, et c'est important faut pas non plus tout gober comme ça, et c'est c'est archi nécessaire, sinon on jouerait les apprentis sorciers. C'est tellement plus facile de se laisser enfermer dans sa propre pratique, de juger que tel médicament est plus efficace qu'un autre parce qu'on a plus d'efficacité quand on le prescrit à notre recrutement de 50 patients, que versus un autre traitement. Enfin c'est, on est obligé de se référencer à ça je pense pour euh pour euh pour pratiquer une bonne médecine ouais, on n'est pas capable nous d'avoir des preuves scientifiques par rapport à notre simple exercice professionnel, de véritables preuves scientifiques tangibles pour être sûr de prescrire correctement on est obligé de se baser sur une médecine de type EBM à mon sens.

Et pour toi alors la médecine est une science exacte ?

Bah non, alors non enfin oui et non, c'est une science donc on se base sur des preuves mais c'est amené à évoluer comme toutes sciences. Donc voilà, les recommandations évoluent, ça veut pas dire qu'il faut pas écouter les nouvelles recommandations sous prétexte qu'elles seront encore amenées à évoluer dans cinq ans. Faut, faut évoluer avec les recommandations mais euh donc par rapport à la médecine de type EBM, oui, c'est une science exacte parce que justement on s'efforce d'avoir des preuves tangibles, ça c'est exacte, et non c'est pas une science exacte, parce qu'il y a la variable humaine, parce qu'on gère des humains et que euh Micheline qui est persuadée d'être allergique à l'Amoxicilline euh qui risque de pas prendre son traitement si on prescrit de Amoxicilline, bah faut peut être mieux la mettre sous Cefpodoxime parce que, euh parce euh, parce qu'on est sur d'avoir une meilleure observance de cette façon là et que euh, on se dit que le niveau de résistance aux céphalosporines n'est pas super élevé et que c'est pas très grave, si on lui prescrit une céphalosporine plutôt qu'une pénicilline enfin voilà. Euh il y a des ajustements quoi, y a des ajustements à faire, donc c'est sûr que même si je respecte les recommandations euh, c'est pas pour ça que je vais prescrire deux fois le même traitement pour une angine bactérienne par exemple. Donc non, c'est pas une science exacte, non je suis... enfin voilà. Si tu saisis la nuance, c'est la variable humaine quoi la différence. Et c'est ce qui est intéressant d'ailleurs, dans la médecine générale notamment. Voilà.

Est-ce que tu veux ajouter d'autres choses ?

Hum, par rapport aux recommandations, (*silence*) je pense qu'il faudrait, elles sont difficiles à choper, faudrait, il y en a sur le site de l'HAS, il y en a sur des sites de spécialistes, sur le site de maladie infectieuse la, la SPILF, on n'est pas bien au courant. Enfin à moins d'aller vraiment faire un tour de tous les sites internet qui recensent les dernières recommandations, c'est difficile d'être à jour et euh je suis le premier à pas être à jour quoi, vraiment faut faire cet effort là, il faudrait euh, ça devrait être possible de développer un outil qui avec une sorte de newsletter euh disant voilà, tiens telle recommandation dans tel domaine et alors à nous d'aller les consulter ou pas mais une sorte d'annuaire un peu des recommandations de manière globale euh. Le site notamment Antibioclic est vachement bien fait là-dessus, euh c'est un outil que j'utilise au quotidien euh mais encore une fois, il nous prévient pas quand les recommandations changent, vu que je le consulte régulièrement ça change rien euh, je suis quand même à jour dans les recommandations en maladie infectieuse euh, en ambulatoire, mais il faudrait une sorte de répertoire des recommandations par euh... par discipline, ça devrait être faisable, ça devrait être faisable et ce serait pratique pour tous les euh les praticiens ambulatoires, ça permettrait de rester à jour plus facilement. Il y a souvent différentes sources puis t'as pas toujours la dernière recommandation. C'est un peu bordélique, alors bien sûr la solution, c'est de lire des magazines, de se former, enfin des magazines genre Prescrire ou autre, La Revue du Praticien, de se former mais c'est pas évident non plus, faut quelque chose de plus claire. Et voilà, on est à l'ère du numérique euh... euh... euh une newsletter ce serait top, hein, quelque chose de mensuelle qui arrive dans ta boîte mail ça serait super, à mon avis se serait faisable et... et ça serait vraiment pratique parce que dès qu'on sort de l'hôpital, en tant que médecin généraliste, dès qu'on sort de l'internat, euh le risque c'est vraiment de s'encroûter et quand bien même euh, alors il tient qu'à nous de faire l'effort de pas s'encroûter, de lire des revues etc mais ça demande plus d'énergie que quand on a un pied à l'hôpital et... et... et donc ça devient plus difficile de pas s'encroûter et ça serait cool d'avoir des petits outils comme ça, un site internet qui recense de façon très claire

les dernières recommandations euh hum c'est... bref. Ce serait le message à faire passer. C'est nécessaire, en tous cas les recommandations moi sont nécessaires à ma pratique. Et d'ailleurs, je me suis rendu compte que c'était bien souvent, enfin régulièrement en tous cas, euh je me suis rendu compte que les patients aiment bien que je cite un peu les dernières recommandations euh que je sorte pas comme ça des choses, des conduites à tenir thérapeutiques de mon chapeau, quand je cite telle recommandation. Je leur dis bah non les dernières recommandations de la société de maladie infectieuse c'est ça, c'est telle prise en charge, les gens sont contents, ça les rassure, ils ont affaire à quelqu'un qui est formé, qui sait ce qu'il fait, qui sait où il va, qui sait ce qu'il dit, euh ce qui est vrai du coup, mais c'est vrai ce qu'ils disent, c'est une valeur ajoutée aux soins, je trouve enfin voilà. Et vraiment nécessaire de suivre les recommandations. Point final.

Merci

(Reprise)

Non, non mais je disais que certains vieux médecins que j'ai pu voir dans leur pratique, ils ont tellement l'habitude, ils ont tellement leurs habitudes de prescription, de pratiques professionnelles, quoi, que, ils ont du mal à se remettre en question pour la plupart d'entre eux. Donc ils sont persuadés de bien faire les choses et tu as l'impression que euh hum, que si on vient leur dire de changer leur pratique, on les insulte quoi, comme s'ils soignaient moins bien avant et que et que euh comme si une nouvelle recommandation qui change la pratique, c'était une insulte à leur pratique à eux. Euh... comme si on les insultait d'être vieux, dépassés, je pense que là-dedans il y a aussi, je vois ça comme ça, une angoisse de vieillir quoi, chez certains médecins installés depuis X temps, une angoisse de vieillir, un peu d'être dépassé qui prend cette forme là, ils se raccrochent à leur propre expérience en se disant « ah non, ça a bien fonctionné jusque là, regarde j'ai sauvé la petite machin que j'ai vu grandir et euh mes patients se portent bien et donc euh je vois pas pourquoi je soignerais mal les gens, et je vois pas pourquoi je changerais ma pratique, ça a toujours bien fonctionné, on continue comme ça ». C'est un discours que j'ai déjà entendu, je le caricature bien sûr, mais c'est un discours que j'ai déjà entendu. Et pas qu'une fois et alors que nous, on a été élevé au grain de l'EBM et du coup euh hum, du coup, on accepte plus facilement de voir certaines recommandations évoluées. Mais encore une fois, euh c'est un avis personnel qui se base sur quelques expériences, c'est pas du tout généralisable, et puis on verra, rendez-vous dans 30 ans est-ce que je serai pas devenu comme ça aussi ? Pas complètement figé enfin j'espère pas parce que ça serait un signe de vieillesse mais euh on verra. Faut continuer à se former, c'est notre responsabilité, on a dans le serment d'Hippocrate, on le dit clairement que on continuera à mettre nos connaissances à jour et enfin, c'est notre responsabilité. C'est facile de passer à côté d'un truc grave, ça arrive facilement mais c'est à nous de faire en sorte de pas se faire dépasser par les événements. On a une sacrée responsabilité donc euh, c'est pour ça qu'elles sont là les recommandations, c'est pour nous aider à affronter nos responsabilités de façon à peu près sereine. En ayant bien conscience des dernières recommandations, en ayant le sentiment de les appliquer correctement, je suis sûr que je dormirais mieux la nuit. Plutôt que le truc freestyle, à l'instinct.

Entretien L

Si vous le voulez bien, je vais vous demander de vous présenter, décrire un peu qui vous êtes

Alors je m'appelle XXXX. J'ai 60 euh bientôt 2 ans , je suis installé depuis 34 ans en secteur 1, tout seul, euh, avec comme antécédent le fait d'être ancien interne, d'avoir eu une expérience analytique, une expérience syndicale, d'avoir baroudé un peu partout dans le milieu.

Vous avez à peu près combien de patient par jour ?

Je fais 5800 par an. Voilà, 5000 presque 5900, aujourd'hui j'en ai vu 24, lundi j'en ai vu 22 donc tourne entre 20 et 25.

Quel type d'activité extra professionnelle avez vous ?

Alors pour le moment plus aucune puisque je n'ai plus d'activité syndicale. Si, si enfin, je suis maître de stage mais euh maître de stage d'interne, et puis je suis tuteur, je tutorise cinq étudiants chaque année pendant trois ans mais là je fais plus rien, plus rien de professionnel à part ça.

Vous lisez beaucoup et tout ça...

Ah oui, oui oui oui, mais ça, c'est autre chose. Je bouquine oui.

Et qu'est ce qui vous a donné envie de faire de la médecine générale ?

Euh pfff, j'ai décidé de faire médecine en seconde, parce que ma mère voulait que je devienne instit et euh pourtant j'avais aucun don pour l'enseignement alors j'ai pris la chose qui pouvait la faire plus chier (*rire*) et donc quand je lui ai annoncée pour la médecine, elle était absolument furieuse, que c'était un métier de fou, « non, non, je vais faire médecine », voilà en seconde...

Et la médecine générale ?

Et la médecine générale, quasiment tout de suite euh quasiment tout de suite parce qu'il se trouve que en... en... mon premier stage d'externat, c'était en stage en maternité donc euh je suis devenu sage femme pendant quelques années et j'étais vraiment un peu sensibilisé au travail de base de médecine générale et tout de suite hein en troisième ou quatrième année de médecine, j'ai préparé l'internat périphérique euh voilà. Et de mes copains d'internat périphérique, je suis quasiment un des seuls à être devenu généraliste, ils sont tous devenus spé, cardio, pédiatres, mais moi, je voulais être généraliste et je le suis devenu. Je ne le regrette pas.

Vous, c'est plus pour le suivi des patients sur le long terme non ?

C'est parce que je m'emmerde très vite et faire de l'échographie cardiaque euh, j'ai, mon patron lorsque j'ai fait ma thèse avec mon patron de cardio, qui voulait vraiment que je fasse le CES mais faire de l'écho cardiaque toute ma vie et voir des mamies pour donner... enfin j'avais pas envie d'avoir un exercice euh monomorphe, et en fait déjà, moi ce qui m'intéressait c'était le rapport avec les gens donc euh quand on est spécialiste le rapport avec les gens.... On l'a pas bien alors euh...

Comment est-ce que vous vous formez aux nouvelles recommandations ?

Bah je lis l'HAS, quand j'ai un doute je fais euh hypertension HAS sur Google, j'ai le site de l'HAS dans mon truc donc je regarde dans l'HAS.

D'accord, vous trouvez que c'est bien fait ?

Oui. Si on prend le temps de le lire oui, oui. C'est pas mal.

Et vous lisez des revues type Prescrire et tout ça ?

Non, Prescrire je me suis désabonné il y a 4 ans parce que euh en fait, c'est une espèce de mouvement depuis 2-3 ans, je lâche des trucs (*rire*) et euh bon pfff, je fais encore un ou deux séminaires de formation par an mais euh sans beaucoup de conviction, parce que ça me fait chier... bon, l'idée d'aller apprendre quelque chose pour ce qu'il me reste de boulot euh pfff, je vis sur mes acquis comme un vieux con et je m'en porte pas plus mal. Enfin, l'idée d'être au taquet jusqu'au dernier moment, vous savez c'est comme les petits vieux qui sont au taquet jusqu'à 92 ans, là je me laisse un peu aller oui, je me laisse un peu aller mais bon, je m'en fous.

Mais avant, c'était pas le cas.

Avant, c'était pas le cas. Non, non, avant c'était pas le cas. Je me suis toujours formé et je me suis toujours reformé, et j'ai été formateur G Forme, j'ai beaucoup fréquenté G Forme, j'ai participé à un groupe aussi qu'on appelait groupe Repair, qui était un groupe parisien auquel j'allais au minimum une à deux fois par an qui était un groupe axé sur l'aspect un peu sociologique de la médecine qui était très bien et qui a disparu dans les avatars du passé...

Qu'est ce que ça serait pour vous une bonne définition des recommandations ?

(Silence) Ou qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?

Alors les recommandations, c'est des règles de bonne conduite euh qui sont un consensus professionnel donc euh en général des gens qui participent aux reco sont assez représentatifs de la profession. Il y a vraisemblablement pas assez de généralistes, mais voilà et donc c'est, quelle est la bonne pratique pour faire des frottis, tous les deux ans, tous les 3 ans, pour mettre les gens sous statine ou pas, pour euh quels sont les produits de première intention. Oui c'est vraiment très bien, ça couvre qu'une toute petite partie de la médecine mais c'est pas mal.

C'est-à-dire qu'elle autre partie n'est pas couverte ?

Bah la partie intéressante, ça couvre la partie, la partie qu'on peut euh abstracter comme il faut c'est-à-dire la partie qu'on peut transformer en une série d'algorithme, vous faites le cholestérol, vous faites le LDL, si le LDL est supérieur à 1,90 que le patient machin, vous traitez tout de suite et ce sera par une statine et pas par un fibraté. Ça, c'est une démarche qu'on peut qualifier de manière algorithmique. Voilà mais euh ce qu'on peut pas qualifier de manière algorithmique c'est-à-dire l'essentiel de la médecine générale, ça y aura jamais de reco, il peut pas y avoir de reco sur euh comment parler aux gens, sur euh comment être avec les gens et même une fois qu'on a la reco euh la reco dans la tête, fait partie de la négociation qu'on entreprend avec le patient que euh, voilà, c'est pas non plus les tables de la loi, c'est pas Moïse hein donc euh bon, c'est des reco, des recommandations donc euh « commandare » ça veut dire « aller avec » donc c'est pas euh, moi j'ai jamais considéré ça comme une obligation. C'est des

règles de bonnes pratiques. C'est complètement obtu puisque il y a que 20% des médecins qui les lisent, les autres ils s'en foutent, donc elles sont pas opposables, elles sont pas euh toujours pareil, c'est toujours les mêmes médecins qui liront les r'co, qui liront Prescrire et qui iront se former, ils seront vachement bons et puis les autres ils font un peu comme ils ont envie. Quand ils ont des labo qui leur présentent des recommandations bah je suppose qu'ils les lisent mais à part ça... oui, ça représente quand même une très faible partie de la médecine. C'est exactement comme le DSMIV ou maintenant le V, ne peut représenter qu'une partie infime de la psychiatrie. C'est un ensemble d'algorithmes de décisions euh qui peuvent donner un coup de main dans certaines circonstances mais quelqu'un qui saurait le DSMV par cœur, serait un très mauvais psychiatre. Le DSMV, ça sert à faire des cases donc, plus ça va, plus la folie nosographique est forte, plus on met des cases pour tout, mais on n'est toujours pas avancé dans la relation avec le patient, ça l'aide pas, c'est des outils intéressants mais euh...

Vous avez l'impression qu'il y a une différence entre les jeunes médecins et les plus vieux médecins ?

Ah oui bien sûr, ah oui bien sûr. Les jeunes médecins, les jeunes médecins qui arrivent ont été formé avec ça. Ils sont nés avec ça, ils sont formatés avec ça. Alors que nous, on vient d'un monde qui est un monde complètement littéraire. C'est-à-dire quand on faisait... moi j'ai jamais connu de QCM, j'ai jamais connu de cases à cocher, j'ai jamais coché de cases pendant mes études. Quand je récitais quelque chose je récitais, je faisais un texte et ce texte devait être écrit avec des phrases, une syntaxe, une introduction, une conclusion, une observation clinique de plusieurs manières donc euh, on vient de mondes qui sont totalement opposés. Le monde actuel, c'est un monde qui se rationalise de plus en plus, voilà, qui est... qui devient très, euh, très rationnel et en même temps euh, très irrationnel quand on regarde euh enfin, il faut de la rationalité pour vendre des médicaments quoi.

Vous pensez plutôt que ce n'est pas euh très bien que les jeunes soient, complètement euh... formatés, comme ça ?

Ah non, c'est leur colonne vertébrale à eux, c'est leur colonne vertébrale à eux mais l'eau va couler sous les ponts, ils vont faire leurs expériences, ils vont voir leurs échecs, leurs angoisses, leurs euh, voilà, ils vont confronter les recommandations à la réalité et là bah ils vont faire comme on a tous fait, on murit, on réfléchit, on se dit qu'on a fait une connerie, on a été trop vite, trop loin, trop sec, trop rigide, tout ce qu'on peut imaginer quoi.

Donc là actuellement, ça va être un peu redondant, je suis désolée, euh qu'est-ce que vous faites des recommandations ? Vous me disiez qu'actuellement vous étiez un peu moins dedans.

Alors je les lis pas comme un brévière quotidien, ça s'est sûr, mais quand je me pose une question je les consulte. Le problème, c'est que euh (*silence*) j'éprouve peu, je pédale quoi, ça fait très longtemps que je pédale, les reco elles changent pas tous les 4 mois quoi. La Metformine® en première intention dans le diabète bah voilà quoi. Donc effectivement, je suis pas euh... (*Sonnerie téléphone*). Non non je suis euh, franchement je m'en fous un peu. Ce qui m'intéresse c'est, est-ce que je suis content ou pas quoi. Voilà. Est-ce que la consultation c'est bien passée ? De toutes façons, je suis déjà tellement taré euh je pense que quand on fait ce métier la plupart des médecins sont complètement fêlés par le doute, par le... moi je suis obsédé

par le fait de pas faire comme il faut de pas faire machin. Je me suis fais chier toute ma vie avec ça. Euh bon il y a deux solutions, soit je suis content, ça s'est bien passé, j'ai l'impression d'avoir fait bien, donc la plupart du temps, j'ai fait bien et de temps en temps, je suis suffisamment idiot, je me rends même pas compte que j'ai pas fait bien. Donc dans ce cas là, bah j'ai fait mal, mais euh c'est plus, je suis plus dans les choses très intuitives, très euh très euh voilà. Disons que je fais confiance à mon (*p'tits reniflements en montrant du doigt son nez*), disons ça va se passer mal, qu'est-ce que t'as fait qu'est-ce que t'as donné, pourquoi tu as donné et pourquoi bon bah, tu vas vérifier, je vérifie je regarde mais autrement pff... et puis j'éprouve pas énormément de difficulté quand même dans l'exercice de mon métier quoi. Enfin si à 60 ballets j'avais des problèmes pour faire mon travail, je serais un peu inquiet. C'est vrai que, en général tout ce que je fais, je l'ai fait plein, plein, plein de fois c'est-à-dire au niveau des algorithmes, c'est-à-dire au niveau de discussion rationnelle d'un cas, bon voilà quoi, alors ça change un peu de temps en temps, bon.

Quels seraient pour vous les freins à l'application des recommandations ?

La paresse des médecins, le manque de temps euh pff... le fait que c'est le fait que le médecin est obligé d'avoir une démarche positive, c'est-à-dire qu'il doit aller chercher la reco. Par exemple, moi, j'avais beaucoup apprécié le titre du VIDAL là où il y a toutes les reco justement de et euh... moi je suis encore un homme de papier et j'suis beaucoup plus sensible à un bouquin comme ça. Ce bouquin, il est resté 6 mois sur ma table de chevet et le soir j'ouvrais au hasard une page et je me disais ouh putain que t'es mauvais, ou ah ah, oui t'es pas trop mauvais, voilà bon. Et euh j'aime mieux en fait avoir un outil comme ça plutôt papier que de... Parce que sur internet, on peut pas être systématique, on peut pas euh j'ai horreur d'avoir un ordinateur portable sur les genoux ou une tablette, c'est épouvantable. Donc ça, je m'en suis beaucoup servi, VIDAL reco, les reco VIDAL alors ça doit dater, elles doivent dater de 2014 donc c'est absolument extrêmement dépassé, 2013. 3ème édition. Ah non, c'est de 2010, donc ça a tout changé. Non, non on traite maintenant le cholestérol euh des choses tout à fait nouvelles enfin voilà, j'en suis resté à 2010. C'est à peu près euh... ça doit faire 3-4 ans que je me suis lassé d'acheter des bouquins. C'est comme ça hein.

Est-ce que vous ressentez une évolution des pratiques quand il y a des nouvelles recommandations ?

Pour moi ?

Pour vous ou pour les autres.

Non alors pour moi ce qui a fait évoluer, j'ai beaucoup évoluer sur ma pratique sur prescription DCI, je fais beaucoup d'effort pour prescrire en DCI euh parce que c'était vraiment euh j'ai eu du mal et là maintenant je m'y suis mis comme il faut et puis oui j'ai corrigé mes deux grosses tares aux yeux de la sécu et qui finalement étaient pas idiotes, je donnais beaucoup d'ARA2 en première intention et donc j'en donne plus, je suis revenu aux IEC comme est la recommandation, c'est moins cher...

Et vous en pensez quoi que la sécu ils corrigent comme ça ? ils pointent des...

Et bah c'est très bien, la sécu dépense notre argent donc euh la sécu est responsable de... moi, je dépense à peu près euh environ 400000 euros de médicaments par an, c'est quand même nos, nos, nos cotisations sociales donc euh alors moi, j'ai toujours été très bon là dedans parce que j'ai été formé par des patrons qui donnaient très peu de médocs. J'ai toujours donné très peu de médicaments et j'ai toujours eu des indicateurs si vous voulez très bons pour ça. Sauf des trucs bah voilà, j'ai donné des ARA2 euh bon bah maintenant je donne des IEC. J'en ai eu mare, je me suis un peu corrigé euh si alors ils m'ont épinglé parce que je prescrivais trop de Crestor® et je me suis rendu compte que c'était du Crestor® enfin de la Rovastatine qui était donnée par mes correspondants cardio alors euh maintenant, ça les énerve car je change systématiquement le Crestor® par autre chose. Bon. (*rire*) donc ils sont pas contents, ils en ont rien à foutre non, non je suis assez, euh je suis assez euh, moi je suis pour le contrôle de sécurité sociale. Ça je pense que la sécu, je pense qu'il n'y a aucun contrôle de la sécu, que la sécu n'a pas de couilles, laisse filer les dépenses et je pense qu'on devrait être euh... l'idée que les médecins sont contrôlés est une idée complètement fausse, les médecins ne sont pas contrôlés par personne. Y a très peu d'obligations qui pèsent sur les médecins et je pense qu'il devrait y en avoir plus parce qu'à la limite euh si y avait pas de sécu, on gagnerait peu de balles euh on est responsable de l'argent public et euh moi je suis pas du tout opposé à des mesures même beaucoup plus euh... euh je veux dire à partir du moment où c'est des reco, et bien elles s'imposent, et voilà, et la sécu devrait prendre des moyens pour les faire euh pour les faire euh... on a quand même des dépenses de médicaments en France qui sont à la hauteur de deux fois les dépenses allemandes euh bah voilà, c'est quand même des dépenses euh pourquoi, on en bouffe tant que ça ? Alors parce que les relations entre les médecins et l'industrie pharmaceutique sont incestueuses. Les médecins ont pensé contrôler l'industrie pharmaceutique en fricotant avec elle et en fait l'industrie pharmaceutique est tellement puissante qu'elle euh que les médecins, pour elle, c'est un point brouillon. Ce sont des gens à utiliser et on aurait bien besoin d'un contre pouvoir, c'est-à-dire d'une mamie sécu mais qui soit pas une espèce de mamie molasse avec son pouce dans la bouche qui fait rien, elle fait rien... moi j'ai jamais été contrôlé par la sécu, contrôle de sécu, ça existe pas. Donc je pense que c'est, c'est, si les recommandations devenaient vraiment et que ça devenait un peu plus sévère, je pense que ça serait pas plus mal parce que de temps en temps on voit passer des ordonnances, putain... ça fait peur hein, non mais ça fait peur, c'est... alors peut-être que mes ordonnances font peur à des gens. De temps en temps, je vois passer en garde des trucs des gens avec des ordonnances en leur disant putain mais vous mangez tout ? Oui oui moi je mange tout, moi je suis pour les reco, un peu moins au taquet là dessus voilà, je suis moins au taquet sur tout donc euh...

Qu'est ce que vous pensez de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? Donc l'EBM.

Oui, alors je lis Minerva qui est une revue, une revue d'EBM sur le net, alors euh pfff... alors j'en pense du bien mais en groupe de pairs chaque fois qu'on se pose la question, on se dit est-ce qu'il y a un truc EBM là-dessus on cherche et on trouve jamais, parce que finalement, il y a très peu de choses qui sont EBM validés. Surtout qu'en médecine, nous, c'est souvent des petites questions complètement merdouillues quoi, c'est des p'tits trucs, est-ce qu'il vaut mieux faire ça ou ça, personne n'en sait rien, personne. La plupart des choses qu'on fait, on fait soit des choses qui sont algorithmiques, mathématiques, rationnelles, raisonnables, voilà en général, c'est pour vendre des médocs et pis tout le reste, c'est de la magie, c'est du théâtre donc euh le théâtre,

la magie, on est bon magicien bon ou mauvais acteur, ça ça peut pas être EBM, ça peut pas être EBM. Y a toute une... alors le jour où la médecine générale sera complètement EBM bah on n'existera plus, c'est simple. On était, nous, on est le lieu de passage entre la raison et le le logos et la doxa, entre l'opinion, c'est-à-dire l'étiopathe manipulait le crâne de mon gamin et du coup il est plus constipé docteur. Bon voilà, ça c'est, ça se respecte, c'est culturel ou philosophique et puis la raison pure qui dit que quand on met euh une statine de temps en temps à plein de gens bah ils ont moins d'infarctus, moins de ... donc nous on était à cheval sur ce monde et on est sans arrêt euh... c'est pour ça que les généralistes en fin de carrière, on ressemble à rien parce qu'il sont euh c'est des gens de deux mondes. On est à la fois le monde de la raison et puis on est sans arrêt dans le monde des représentations, dans le monde, dans un monde qui est un monde de l'opinion bon qui est pas... donc on sera jamais validé à 100%. A mon avis ça n'arrivera pas. Heureusement parce que sinon ce serait angoissant quand même.

Est ce que pour vous la médecine est une science exacte ?

La médecine n'est pas une science, c'est un art. Non, non la médecine n'est pas une science.

Pourquoi ?

La médecine n'est pas une science parce qu'elle s'applique à quelque chose qui est de l'ordre du vivant et que la complexité du vivant est telle que euh, qu'on ne peut pas, on ne peut pas euh théoriser tout le vivant, c'est impossible. Et c'est heureux parce que si on arrivait à théoriser tout le vivant, c'est-à-dire une médecine qui soit totalement rationnelle totalement prédictive, il y aurait plus de vie, tout serait mort. Que par définition, la vie, c'est ce qui échappe, c'est ce qui échappe aux prévisions, aux calculs donc euh le désir de la science de tout réduire, c'est la folie des lumières hein, la folie mathématique cartésienne, c'est-à-dire rendre à mathésis universel toute puissante et puis asservir le monde, on se rend compte quand même qu'on a asservi le monde euh en le tuant ! (*rire*) oh vous êtes pas bien !

J'ai un gros rhume

On est en train de tuer la terre au nom de la raison donc euh heureusement qu'il y a de la vie et que ça échappe et que ça va dans tous les sens et que ça obéit pas et voilà ! Non, médecine générale elle sera toujours euh, si elle existe, elle sera toujours à la frontière de deux mondes, ça c'est obligé. Obligé. Sinon les gens, ils iront se faire soigner ailleurs. (*Silence*). Il y a pas de... si on leur disait la vérité, ce serait insupportable. C'est que personne ne peut supporter la vérité de la finitude, de la contingence humaine donc il faut bien qu'on se raconte des histoires en attendant que ça passe et qu'on meure, et que, qu'on laisse la place aux autres. Sans ça, ce serait absolument désespérant. La raison est désespérante, hein, un monde totalement raisonnable est un monde strictement impossible, heureusement.

Est ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

Non, c'est bon.

Merci

Entretien M

Alors, on commence ? Le thème donc c'est quelles sont les différentes motivations des médecins généralistes à prescrire hors recommandation. Alors dans un premier temps si tu le veux bien est-ce que tu peux te présenter, décrire un peu qui tu es ?

Euh, je suis XXXX, j'ai 27 ans, je suis en dernier semestre, en stage prat (*Soupir*).

Euh, qu'est-ce que tu aimerais faire plus tard ? Quel type d'exercice tu aimerais faire ?

La médecine générale en cabinet et un peu d'hospitalier si possible.

Ça veut dire quoi un peu d'hospitalier si possible ? Quel genre de service ?

Peut être travailler quatre jours dans la semaine en cabinet, un jour par semaine aux urgences, je n'ai pas encore décidé de la répartition mais ça serait ça dans l'esprit, ce serait faire un peu des deux.

D'accord. Tu viens de la ville ou tu viens de la campagne ?

Je viens de la ville... Paris

Tu travailles où ? En ce moment

Campagne

D'accord, quel type d'activité extra professionnelles tu pratiques ?

Je suis un grand sportif... (*Rire*) euh non, non, la piscine, natation, plongée enfin des choses, ski, la plongée...

Raconte-moi qu'est ce qui t'a amené à faire de la médecine générale ?

Tu es pire que les journalistes de ce matin ! C'est les mêmes questions quoi ! Mon classement à l'ECN ? Non non, Bah ça peut être un motif...Ça en fait partie mais pas que...euh la médecine générale c'était euh pour faire un peu de tout c'est que... il y a toujours un peu de répétition mais on voit des gens différents, des pathologies différentes, des façons différentes de les traiter, (*inspiration*) voilà. C'est ça qui m'intéressait et pouvoir orienter sa pratique comme on le souhaite. (*Sonnerie téléphone*)

Comment te formes-tu aux nouvelles recommandations ?

Mal (*rire*), mal ouais. Moi je les cherche au fur et à mesure, enfin je ne vais pas chercher les nouvelles reco, enfin quand tu te poses, quand tu te poses une question, chercher la dernière reco sur cette question ou si j'entends parler de nouvelles reco qui tombent je vais aller chercher mais...je n'ai pas forcément le réflexe « tiens est-ce qu'il y a du nouveau là-dessus ? »

Oui mais où est-ce que tu vas chercher ?

Bah sur internet ouais, sur les sites euh de l'HAS euh, les sociétés savantes.

Tu n'utilises pas les bouquins, les trucs comme ça ?

Ce n'est pas des reco enfin si mais aller, je cherche sur les bouquins que j'ai sur les anciennes choses mais les choses que je vais rechercher, c'est les choses nouvelles. Je me pose la question, le moment où elles arrivent, je n'anticipe pas le fait de... Je reçois des revues médicales... mais je les lis pas de manière assidue.

Les visiteurs médicaux ?

Je crois qu'ils ont pas trouvé le chemin jusqu'ici (*rire*). C'est vrai que le biais enfin tant que tu es interne, tu es encore en contact avec la fac, tu es encore dedans, donc tu es plus au taquet par rapport aux dernières reco de par la discussion et de par euh, enfin, t'es pas tout seul au milieu de nul part où si tu vas pas les chercher, tu les verras jamais ces nouvelles reco ! On en entend parler parce qu'on en discute tous, parce que tu vois tes potes parce que tu...

Finalemment est-ce que c'est une source, en gros les autres médecins, c'est une source d'information sur les nouvelles recommandations aussi ? Entre autres ?

C'est une source pour savoir quand est-ce qu'il y a une nouvelle recommandation.

Quel serait pour toi une bonne définition des recommandations ? Finalemment qu'est-ce que ça veut dire pour toi une recommandation ?

C'est euh... la recommandation c'est voilà, c'est (*rire*), c'est la façon de prendre en charge une pathologie, de la traiter soit selon des preuves qui ont été apportées par les études. Une recommandation, ça sort d'une étude ou de personnes qui ont de l'expérience euh dans ce domaine-là. En fait, ça sert à pallier l'expérience que nous, on n'a pas. C'est une trace de l'expérience des autres qui a été prouvée comme vraie, pas juste ressentie et que nous on peut aller chercher avant d'avoir le temps de se faire la nôtre. Que tout le monde ne reparte pas de zéro. C'est un relai.

Donc quand tu dis « prouver », qu'est-ce que t'entends par prouver ?

Prouver, soit par des études, soit par de la logique de l'Evidence Based Medicine quoi... soit par l'expérience. C'est quand même ce qui permet de... voilà. Faut que ce soit des gens dont ce soit la spécialité. Dans les recommandations, il y a souvent des niveaux de preuves avec après des grades et puis, il y a aussi des recommandations qui sont basées sur des accords professionnels.

Et donc toi tu as parlé de l'Evidence Based Medicine, qu'est-ce que tu penses de la médecine basée sur les preuves scientifiques ? Justement de l'Evidence Based Medicine ?

Bah c'est fiable, nous on a appris à que ce soit fiable. Après c'est utile, pour euh pour des choses théoriques, pour savoir si un médicament est efficace, son fonctionnement pour étudier des populations, des facteurs de risque enfin plein de choses. Après, c'est pas suffisant pour l'appliquer dans la pratique. Après c'est sûr que dans la pratique, il faut de l'expérience... il faut savoir... je sais pas comment dire mais... Oui, mais voilà, on va dire pour traiter une sinusite, tu as les corticoïdes, enfin ça marche, mais faudrait savoir à qui on les propose, est-ce qu'on les propose à chaque fois ou pas, enfin est-ce que... après euh, il y aussi l'expérience, je pense que c'est plus dur à prouver que... dès que ça commence à devenir de la médecine multifactorielle,

que ce soit des gens qui ont l'habitude, que ce soit des gens qui font à leur manière et à l'expérience plutôt que de dire, c'est sur des chiffres, c'est plus dur d'être fiable.

Donc pour toi est-ce que la médecine, c'est une science exacte ?

Non

Pourquoi ?

Il y a des parties enfin il y a, c'est de la science exacte appliquée à des patients qui sont pas exacts quoi ! (*rire*), qui sont chacun différents... (*Silence*)

Est-ce que tu sais comment sont élaborées les recommandations ? Est-ce que tu sais qui les fait ?

C'est des médecins spécialistes qui se regroupent et qui proposent en fonction de la littérature et de l'expérience des... une recommandation de bonne pratique de spécialistes. C'est un comité qui se regroupe et qui, entre eux, décident selon leurs expériences et des études en cours, de ce qu'il faut faire dans ces cas-là. Avec les biais qu'il peut y avoir et les conflits d'intérêt qu'ils peuvent avoir. Je suis pas sûr qu'il y ait des médecins généralistes (*rire*) dans les comités euh non, mais enfin, c'est la règle générale, c'est la ... ils peuvent pas définir tous les cas particuliers quand ils font les recommandations, mais ils font la recommandation pour la population générale après, c'est à nous de l'adapter euh... ça marchera... la recommandation, on pourra l'appliquer dans 80% des patients qu'on voit, et pour ceux qui restent, va falloir s'en éloigner mais euh en gardant ça comme ligne de fond quoi...

D'accord. Finalement qu'est-ce que tu en fais une fois que tu as la recommandation, toi tu en fais quoi de la recommandation ? Tu essaies de l'appliquer ? Tu essaies que ce soit ta ligne de fond ?

Oui, que ce soit ma ligne directrice. Si on me dit que ce traitement là, il marche mieux que celui-là et qu'il faut commencer par là, on commencera par là, après si ça marche pas, si le patient ne tolère pas, on change... si mais la ligne directrice, c'est toujours par là en tant qu'interne... on attend les recommandations, parce que c'est bah voilà, on sait par où commencer, quoi qu'on va... la seule chose qui va nous pousser à commencer un traitement, c'est ces recommandations. Je ne vais pas prendre le tas de médicament, le lancer en l'air et regarder par lequel je commence ?

Peut-être parce qu'on n'a pas encore l'expérience ?

Voilà

Et donc nous ça nous sert vraiment de ligne

Oui

Et après on avise une fois qu'on a testé différentes lignes ?

Oui

C'est peut-être parce qu'on est plus jeune qu'on a besoin des recommandations ?

Oui, mais je pense pas que s'éloigner des recommandations, c'est un signe d'expérience mais que quand on a de l'expérience, c'est plus facile de s'en éloigner et savoir quand s'en éloigner. Je pense que c'est pas bien de se dire, non j'ai tout vu, j'ai tout fait, les recommandations, je m'en tamponne.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une évolution des pratiques suite à l'introduction de certaines recommandations ? Est-ce que tu as l'impression que le fait qu'il y en ait des nouvelles, ça fait bouger un peu les prescriptions finalement ou les prises en charge ?

Sur des recommandations simples enfin tu prends la, tu as les changements de vaccin enfin le calendrier vaccinal, qui sort et qui est modifié euh tu le modifies immédiatement. Alors tes pratiques, tu vas les modifier. Mais euh... voilà ça, c'est le genre de recommandations, on te dit, c'est prouvé, ça sert plus à rien, c'est des choses on se dit que les gens ils vont... enfin quand ils sortent ça, c'est vérifié... les vaccins faut pas rigoler avec, c'est de la santé publique, ils ont des chiffres enfin, c'est les recommandations qu'on va appliquer tout de suite, ça devient aberrant intellectuellement de te dire, moi médecin généraliste, avec les deux cent gamins que je vais vacciner, j'ai plus d'expérience que le... les mecs de santé pub derrière qui étudient des campagnes de vaccination de 20 millions de personnes quoi ! donc là, tu peux croire. Après, pour des médicaments, sur les traitements chroniques, sur le diabète, les choses comme ça... c'est plus dur de décrocher de tes pratiques... habituelles. Quand tu as quelque chose qui marche et qu'on te dit il y a quelque chose de nouveau, moi j'irais pas forcément me jeter sur quelque chose de nouveau... tu peux rester dans les recommandations, du coup, je l'essayerai dans les cas où tu colles vraiment à la recommandation, tu n'as pas de doute, tu as le patient qui va coller nickel, voilà, à ton cas clinique, tu peux essayer le nouveau et tu vas voir comment ça se passe et tu te fais ton expérience dessus. C'est comme la fois avec les anticoagulants euh, c'est comme ça.

Tu vas pas donner tout de suite le ...

Pradaxa®/Xarelto® ? Enfin si tu vois mais nous avec les co-internes, c'est nos chefs qui nous ont dit de commencer, toi tu commences euh bah là les trucs simples, les patients euh faciles où tu sais qu'il n'y aura pas d'effets secondaires et même là, tu sais qu'il peut avoir des effets secondaires, donc t'apprends à te faire ton... truc et puis avoir... plus ça va, plus tu élargis et puis tu regardes comment les gens réagissent, puis tu apprends à avoir ta propre idée.

D'accord, mais finalement tu ne vas pas forcément être d'accord avec ce que la recommandation t'a dit de faire.

Non.

Puisque sur ton expérience d'abord, enfin tu vas tester la recommandation alors que finalement normalement elle a été testée.

Oui.

Alors comment on peut expliquer ça ?

Bah parce que... (Rire) ouais, ça devient politique mais tu vois les recommandations qui ont sauté dernièrement, enfin quand tu vois les recommandations sur le diabète, ils ont fait sauter

pour revenir euh, à la Metformine® parce que ils ont prouvé qu'ils avaient tous des conflits d'intérêt avec les nouveaux médicaments euh... (*Soupir*) voilà quoi... quand tu as un médicament qui est efficace, quand y a un nouveau médicament qui arrive de nul part, oui tu l'essaies quoi. Quand tu as quelque chose qui marche, que tu maîtrises et que y a quelque chose de nouveau qui arrive sur le marché, comme ça où on nous dit faut changer, on a notre propre libre arbitre pour décider de le faire ou pas.

Et faut garder la liberté de prescription ?

Voilà, on n'est pas des machines, non mais c'est vrai... Sinon on mettrait des équations, on ferait plus ça, plus ça, plus ça, égal ça. Et après voilà, je veux pas voir le mal partout et dire faut pas le faire mais c'est que, je pense aussi que pour que le médicament marche, faut que nous, on y croit et pour que nous on y croit, il faut qu'on le prouve à nous même. Alors les recommandations, ça nous rassure mais y a un moment, c'est notre propre expérience qui intellectuellement va te valider toi-même ce que tu fais et croire à ton médicament et pouvoir dire à ton patient bah oui, moi je l'utilise et ça marche, et rien que le fait de dire ça, tu as quand même... plus que dire bah écouter j'ai lu un article, il paraît que ça marche ! (*rire*) on va essayer, je suis pas sûr que le résultat sur le patient soit le même.

Donc finalement le Evidence Based Medicine, on se fait nos propres preuves scientifiques ? On se fait nos propres preuves ?

Mais c'est de l'Evidence Based Medicine enfin quand tu fais de l'Evidence Based Medicine, t'es obligé de publier... techniquement, si tu sors ta méthode quand tu le fais, c'est pour que ton étude elle soit reproductible, c'est pas contre l'EBM de refaire à ton niveau euh de retester le médicament à ton niveau. Surtout que le gros biais de l'EBM, c'est de pouvoir superposer ta population d'étude à ta population de pratique. Donc c'est pas contraire à l'EBM, je te dis, ça met une ligne directrice pour telle pathologie euh pour la population générale mais dès que tu t'en écarter un peu, il faut que tu fasses ton propre panel d'expérience.

Ok, allez on arrête, merci beaucoup

Laurène JARLOT
LES RECOMMANDATIONS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
FREINS ET FACTEURS FAVORISANTS

RÉSUMÉ

La Haute Autorité de Santé (HAS) élabore des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) destinées aux professionnels de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins. Les recommandations sont insuffisamment mises en application par les médecins généralistes. Nous avons voulu étudier les freins et les facteurs favorisant leur application. Une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, a été réalisée de 2013 à 2016 auprès de médecins généralistes libéraux, exerçant en Rhône-Alpes.

Une analyse de treize entretiens a été effectuée. Il existe un paradoxe important entre le ressenti positif des recommandations et leur application.

Les freins à l'application des RBP sont leur défaut d'adaptabilité (liée à l'humain, à l'environnement, au système de soins), leur évolution rapide, leur quantité, leur complexité. De plus, leur manque de consensus, les liens avec l'industrie pharmaceutique et les objectifs financiers de l'Assurance Maladie engendrent une certaine méfiance de la part des généralistes qui, en plus, n'ont pas le temps de les lire et d'en faire le tri. Le médecin en fonction de sa personnalité, de ses croyances et de son expérience a tendance à s'éloigner des recommandations. La complexité et la variabilité de l'humain, font que la médecine générale est soumise à une certaine incertitude. La relation médecin-patient est centrale et est faite de négociations et de compromis.

Les interventions efficaces pour améliorer le suivi des RBP sont la combinaison des mesures incitatives financières, de la visite médicale, de l'audit avec retour d'information, d'un exercice en groupe et du Développement Professionnel Continu. La HAS améliore la qualité des RBP en terme de transparence et de méthodologie pour regagner la confiance des médecins. Le patient jouant un rôle important, l'éducation à la santé dans les programmes scolaires pourrait être intéressante. Une approche systémique permettrait de mettre en avant les priorités du patient et de réfléchir à une médecine basée sur les résultats plutôt que fondée sur les preuves.

MOTS CLES :

- Freins aux recommandations
- Application des recommandations
- Recommandations de Bonne Pratique
- Médecine générale
- Médecine des preuves

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Membres : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Monsieur le Docteur Georges CARRASCO

DATE DE SOUTENANCE : 29/11/2016

ADRESSE DE L'AUTEUR : Les Molettes, 38420 REVEL
laurene85@hotmail.fr