

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2006

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Christelle BERNARD-HOUILLON

07 Septembre 1976 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 30 Novembre 2006

**LA DEMARCHE EBM (EVIDENCE BASED
MEDICINE) ET LA MEDECINE GENERALE,
QUELS SONT LES FREINS, LES FACILITATIONS,
LES BESOINS EN FRANCE EN 2006 ?
CONTRIBUTION PAR UNE ETUDE QUALITATIVE
AUPRES DE 16 GENERALISTES DE MOSELLE**

Président : Monsieur le Professeur DUBAS

Directeur : Madame le Docteur GRIOT

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2006

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Christelle BERNARD-HOUILLON

07 Septembre 1976 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 30 Novembre 2006

**LA DEMARCHE EBM (EVIDENCE BASED
MEDICINE) ET LA MEDECINE GENERALE,
QUELS SONT LES FREINS, LES FACILITATIONS,
LES BESOINS EN FRANCE EN 2006 ?
CONTRIBUTION PAR UNE ETUDE QUALITATIVE
AUPRES DE 16 GENERALISTES DE MOSELLE**

Président : Monsieur le Professeur DUBAS

Directeur : Madame le Docteur GRIOT

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr SAINT-ANDRE
Vice doyen recherche	Pr CALES
Vice doyen pédagogie	Pr RICHARD

Doyens Honoraires : Pr BIGORGNE, Pr EMILE, Pr REBEL, Pr RENIER

Professeurs Emérites : Pr PIDHORZ, Pr RONCERAY

Professeurs Honoraires : Pr ACHARD, Pr ALLAIN, Pr ALQUIER, Pr BIGORGNE, Pr BREGEON, Pr CARBONNELLE, Mme Pr CAVELLAT, Pr CHAUVET, Pr COULLAUD, Pr DENIS, Pr DESNOS, Pr EMILE, Pr FRANCOIS, Pr FRESNEAU, Pr GROSIEUX, Pr GUNTZ, Pr HUREZ, Pr JOUBAUD, Pr LARGET-PIET, Pr LARRA, Pr LIMAL, Pr MARCAIS, Pr PIDHORZ, Pr REBEL, Pr RENIER, Pr RONCERAY, Pr ROGNON, Pr SIMARD ; Pr TADEI, Pr TRUELLE, Pr TUCHAIS, Pr WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

MM ARNAUD	Chirurgie générale
ASFAR	Réanimation médicale
AUBE	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN	Rhumatologie
Mme BARTHELAIX	Biologie cellulaire
MM BASLE	Cytologie et histologie
BAUFRETON	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BERRUT	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BONNEAU	Génétique
BOYER	Gastroentérologie ; hépatologie
de BRUX	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CALES	Gastroentérologie ; hépatologie
Mme CARON-POITREAU	Radiologie et imagerie médicale
MM CHABASSE	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD	Cytologie et histologie
Mme COCHEREAU	Ophtalmologie
MM COUPRIS	Chirurgie infantile
COUTANT	Pédiatrie
COUTURIER	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
DAUVER	Radiologie et imagerie médicale
DELHUMEAU	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
DESCAMPS	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUBAS	Neurologie
DUBIN	Oto-rhino-laryngologie
DUVERGER	Pédopsychiatrie

MM ENON	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIE	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale
FOURNIER	Anatomie
FRESSINAUD-MASDEFEIX	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
FURBER	Cardiologie
GAMELIN	Cancérologie ; radiothérapie
GARNIER	Médecine générale (professeur associé)
GARRE	Psychiatrie d'adultes
GESLIN	Cardiologie
GINIES	Pédiatrie
GRANRY	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
GUY	CPPRB
HAMY	Chirurgie générale
HUEZ	Médecine générale (professeur associé)
Mme HUNAUT-BERGER	Hématologie ; transfusion
MM IFRAH	Hématologie ; transfusion
JALLET	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes JEANNIN	Immunologie
JOLY-GUILLOU	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
MM LAUMONIER	Chirurgie infantile
LEFTHERIOTIS	Physiologie
LEGRAND	Rhumatologie
LE JEUNE	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes LUNEL-FABIANI	Bactériologie, virologie ; hygiène hospitalière
MM MALTHIERY	Biochimie et biologie moléculaire
MASSIN	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MENEI	Neurochirurgie
MERCAT	Réanimation médicale
MERCIER	Anatomie
PARE	Médecine générale (professeur associé)
Mme PENNEAU-FONTBONNE	Médecine et santé au travail
MM PENNEAU	Médecine légale et droit de la santé
PICHARD	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
POUPLARD	Pédiatrie
RACINEUX	Pneumologie
REYNIER	Biochimie et biologie moléculaire
Mme RICHARD-CREMIEUX	Médecine physique et de réadaptation
MM RITZ	Nutrition
RODIEN	Médecine C
ROHMER	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE	Médecine et santé au travail
Mme ROUSSELET-CHAPEAU	Anatomie et cytologie pathologiques
MM SAINT-ANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
SAUMET	Physiologie
SORET	Urologie
SUBRA	Néphrologie
URBAN	Pneumologie
VERRET	Dermatologie - vénéréologie
ZANDECKI	Hématologie ; transfusion

MAITRES DE CONFERENCES

MM ANNAIX	Biophysique et médecine nucléaire
AZZOUZI	Urologie
Mme BARON	Médecine générale (maître de conférence associé)
Mlle BLANCHET	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA	Parasitologie et mycologie
BOUYE	Physiologie
CHEVAILLER	Immunologie
Mme CHEVALIER	Biologie cellulaire
MM CRONIER	Anatomie
CUSTAUD	Physiologie
Mme DUCANCELLE	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU	Nutrition
EVEILLARD	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT	Physiologie
GALLOIS	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes LE BOUIL-PREMEL CABIC	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
LOISEAU-MAINGOT	Biochimie et biologie moléculaire
MAY-PANLOUP	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Milles MESLIER	Physiologie
MOREAU	Cytologie et histologie
MM NICOLAS	Neurologie
O'TOOLE	Gastroentérologie ; hépatologie
PAPON	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER	Pédiatrie
M PUISSANT	Génétique
Mmes ROUGE-MAILLART	Médecine légale et droit de la santé
SAVAGNER	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD	Biochimie et biologie moléculaire
SIX	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur DUBAS

Directeur de thèse : Madame le Docteur GRIOT

Membres du jury : Madame le Professeur RICHARD-CREMIEUX
Monsieur le Professeur GARNIER

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur DUBAS

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de vos enseignements en particulier sur l'éthique médicale qui m'incitent quotidiennement à éclairer mes décisions.

Veillez croire à l'expression de ma plus haute considération.

A Madame le Docteur GRIOT

Merci de vos enseignements si riches et si précieux.

Merci de votre disponibilité, de votre enthousiasme et de votre persévérance.

Merci d'avoir dirigé ce travail si passionnant.

Veillez croire à l'expression de ma plus haute gratitude.

A Madame le Professeur RICHARD-CREMIEUX

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Vous m'avez notamment inculqué le souci de faire une prise en charge globale des patients.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur GARNIER

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci de vos enseignements au sein de l'équipe si dynamique des généralistes enseignants d'Angers.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Merci à tous les médecins ayant participé à cette enquête pour avoir donné de leur temps libre si rare et si précieux.

A Christian,

*Ton soutien moral, ta patience et ton aide technique m'ont été si précieux
que ce travail n'aurait jamais vu le jour sans toi.
Merci de ta contribution et de tes encouragements.
Merci pour les projets et la vie que nous partageons.*

A mes chers parents,

*Merci de m'avoir appris à être passionnée,
Merci de votre soutien sans faille tout au long de ces années.
Trouvez dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance.*

A ma sœur Sandrine,

*« Thank you for your english support »,
Il m'a été d'un grand recours.*

A mes grands-parents,

A mes beaux-parents,

*Merci de m'avoir soutenue et accompagnée
Dans la dernière étape de mes études.*

A ma famille,

*A mes amis des bancs de la faculté,
Merci pour tous ces moments de complicité partagés.*

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMMPPU	Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
BMJ	British Medical Journal
CISMeF	Catalogues et Index des Sites MEDicaux Francophones
EBM	Evidence Based Medicine
FMC	Formation Médicale Continue
FMI	Formation Médicale Initiale
HAS	Haute Autorité de Santé
INIST	INstitut de l'Information Scientifique et Technique
MG	Médecine Générale
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
RMO	Références Médicales Opposables
SFMG	Société Française de Médecine Générale
WONCA	World Organisation of National College or Academics Associations of General Practitioners

PLAN

I - INTRODUCTION

II - MATERIEL & MÉTHODE

II-1 - OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE

II-2 - METHODE

III - RESULTATS

III-1 - POPULATION ETUDIEE ET EXPLOITATION DES DONNEES

III-2 - PERCEPTION DE L'EBM PAR LE MEDECIN GENERALISTE

III-3 - LES DIFFICULTE POUR PRATIQUER L'EBM ET APPLIQUER LES
RECOMMANDATIONS

III-4 - COMPETENCE DES GENERALISTES

III-5 - APPORT DES FMI ET FMC

III-6 - MEFIANCE ENVERS LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

III-7 - FACILITATIONS DE L'EBM

III-8 - LES BESOINS RESSENTIS

IV - DISCUSSION

V - CONCLUSION

VI - BIBLIOGRAPHIE

VII - TABLEAUX

VIII -TABLE DES MATIERES

IX - ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

ANNEXE 2 : RESUME ANGLAIS

I - INTRODUCTION

Initialement utilisée comme méthode pédagogique d'enseignement, l'EBM (Evidence Based Medicine) est né dans les années 1980 à la faculté de médecine Mc Master en Ontario (Canada). Dans les années 1990 elle gagne la pratique médicale. En 1996 les promoteurs de l'EBM, Sackett et Haynes la définissent comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (1). Trista Greenhalgh, médecin généraliste en Angleterre, diffuse des techniques pour mieux lire et interpréter les articles médicaux (2), pour favoriser une pratique médicale EBM par les médecins. Depuis une dizaine d'années, ce concept novateur se diffuse au sein du corps médical français. Dans le même temps l'information médicale est transformée par l'augmentation majeure du nombre d'articles scientifiques médicaux qui paraissent, de même son accès, sa diffusion sont bouleversées par l'irruption d'Internet. « Frayer son chemin à travers cette jungle qu'est la littérature médicale n'est pas chose facile » écrit T. Greenhalg (2). A la même période les institutions gouvernementales, les assurances maladies cherchent à rationaliser, optimiser les soins. Elles se tournent alors vers l'EBM. En France des références médicales opposables (RMO) puis des référentiels sont élaborés. De même, les patients demandent des comptes, la société se judiciarise. Selon la WONCA (World Organisation of National College or Academics Associations of General Practitioners), la médecine générale répond : « aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (3). Le médecin généraliste exerce dans un champ spécifique dans lequel son rôle est complexe. Il évolue dans une société qui lui demande de plus en plus de justifier ses décisions. C'est dans ce contexte que les généralistes français sont confrontés à l'EBM. Peu d'études se sont intéressées aux difficultés que rencontrent les praticiens pour exercer l'EBM dans leur pratique quotidienne. Par une étude qualitative, nous cherchons à découvrir l'avancement de l'intégration de l'EBM en médecine générale en France en 2006.

II - MATERIEL ET METHODE

II-1- OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de découvrir l'avancement de l'intégration de l'EBM en médecine générale en 2006.

Pour répondre à cet objectif, nous avons posé quatre questions de recherche :

- 1/ Comment les généralistes français perçoivent l'EBM ?
- 2/ Quels sont les freins pour une pratique de l'EBM par les généralistes français ?
- 3/ Quels sont les éléments qui facilitent la pratique de l'EBM par les généralistes français ?
- 4/ Quels sont les besoins ressentis par les MG pour une pratique EBM ?

II-2- METHODE

Pour répondre à ces quatre questions nous avons choisi de faire une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Nous avons élaboré un questionnaire (en annexe 1) composé de 9 questions « ouvertes », suivies pour 8 d'entre elles de sous questions « fermées » à choix imposé.

Le questionnaire a été élaboré à partir de notre propre connaissance empirique du sujet et de la littérature retrouvée concernant le sujet.

II-2-A- Population visée

Nous avons ciblé une population de généralistes exerçant à titre libéral. Les médecins participant à des groupes de pairs étaient susceptibles, a priori, d'être plus sensibilisés à réfléchir sur la décision médicale. Pour cette raison nous avons choisi de faire appel à des médecins généralistes participant à des groupes de pairs. Pour obtenir une réflexion plus riche nous avons souhaité pratiquer des entretiens individuels et collectifs.

Vu les moyens dont nous disposions nous avons fait le choix de nous limiter à la région de la Moselle.

II-2-B- Les entretiens, l'exploitation des données

Les entretiens étaient enregistrés sur cassette puis retranscrits par écrit. Les données étaient analysées manuellement par deux personnes.

III - RESULTATS

III-1- La population étudiée, exploitation des données

III-1-A- Population étudiée

Sur 5 responsables de groupes de pairs contactés, 3 ont répondu favorablement. Un groupe de 7 médecins a accepté l'entretien collectif. Pour les 2 autres groupes, 9 médecins sur 16 ont accepté un entretien individuel.

Le motif invoqué pour le refus était le manque de temps, un seul refus a été lié à la méconnaissance du sujet.

Les entretiens individuels se sont tenus aux cabinets des médecins, l'entretien collectif, sur leur lieu habituel de réunion.

Ils ont été effectués du 1^{er} mars 2006 au 30 avril 2006.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur support numérique et retranscrits par écrit par la personne qui conduisait les entretiens.

Caractéristiques des médecins enquêtés :

<i>Année de Thèse</i>	5 médecins thésés avant 1979 8 médecins thésés entre 1980 et 1989 : 0 médecins thésés entre 1990 et 1999 : 3 médecins thésés après 2000 :
<i>Faculté d'origine</i>	14 diplômés à Nancy 1 diplômé à Strasbourg 1 diplômé à Lyon
<i>Sexe</i>	13 hommes 3 femmes
<i>Mode d'exercice</i>	6 exercent seuls 9 exercent en association 1 exerce en remplacements
<i>Lieu d'exercice</i>	6 en rural ; 5 en semi rural ; 5 en urbain
<i>Avez-vous Internet au travail ?</i>	Oui pour 13 dont 6 haut débit ; Non pour 2 . (1 non répondant : remplaçant)
<i>Avez-vous Internet au domicile ?</i>	Oui pour 15 Non pour 1

<i>Avez-vous une responsabilité dans la Médecine Générale (enseignement ou Formation Médicale Continue) ?</i>	Oui pour 9 Non pour 7
<i>Avez-vous déjà entendu parler de l'EBM ou médecine basée sur les preuves ?</i>	Oui pour 14 Non pour 2

III-1-B- Exploitations des données

L'analyse a été faite par deux personnes indépendamment puis mise en commun.

L'une des personnes était médecin remplaçant, l'autre médecin installé.

Dans un premier temps, des unités thématiques avec des sous thèmes ont été extraites des réponses de chaque question du questionnaire.

Dans un deuxième temps, une analyse transversale était réalisée pour dégager des regroupements des thèmes.

III-2- PERCEPTION DE L'EBM PAR LE MEDECIN

GENERALISTE

III-2-A- Une perception positive de l'EBM et des référentiels par ces médecins généralistes.

Tous les médecins interrogés considéraient un exercice appuyé sur l'EBM positivement.

Un médecin faisait remarquer que c'était une « *obligation* » (Tableau 1, médecin 4).

Un autre notait que la « *logique dans la démarche* » médicale du médecin généraliste est, elle-même une pratique de l'EBM (Tab. 3, méd. 9).

L'EBM était vu comme une augmentation de chance d'amélioration des soins apportés au patient (Tab. 1, méd. 1, 9). L'effet normatif de l'EBM donnait au patient une plus grande égalité de chance (Tab. 1, méd. 2).

Pour les médecins, l'EBM était un support à leurs décisions leur permettant plus d'efficacité en améliorant la balance des effets positifs, effets nuisibles et du rapport coût/efficacité. (Tab. 1, méd. 4, 6). Elle était aussi un support dans la négociation avec le patient (Tab. 1, méd. 7).

La démarche EBM était un « *moteur* » pour plus de rigueur dans la prise de décision du médecin et entraînait un confort, un sentiment de satisfaction (Tab. 1, méd. 7, collectif).

Les recommandations étaient perçus très positivement pour le « *bien du patient* » (Tab. 6, méd. 1) et par l'aide qu'elles apportaient au médecin. Elles ne dévaluaient pas l'art médical,

les médecins leur faisaient confiance car ils considéraient qu'elles étaient le fruit d'un travail « *sérieux* » (Tab. 6, méd. 8). Ils estimaient que les recommandations permettaient :

- une « *réelle aide à la pratique* » (Tab. 6, méd. 2, 3, 4, 5, 6, collectif)
- une « *protection juridique* » (Tab. 6, méd. 1)
- un support de justification auprès du patient (Tab. 6, méd. 3, 7)
- une simplification de la pratique « *En fait, l'EBM simplifie les choses* » (Tab. 1, méd. 7)
- une motivation pour se mettre à jour des connaissances (Tab. 6, collectif)

III-2-B- Les limites à l'EBM et des inquiétudes.

1- Les limites exprimées par ces médecins

- La Médecine Générale ne se limitait pas à l'EBM : « *Ce n'est pas suffisant* » (Tab. 1, méd. 8). Ils notaient que « *l'empathie* », la « *psychothérapie* », la « *relation médecin patient* » intervenaient dans leurs prises en charge et sortaient du champ de l'EBM (Tab. 2, méd. 1, 2, 3, 6, collectif et Tab. 3, collectif).

-L'EBM actuellement n'apportait pas de réponse pour tous les états morbides qu'ils prenaient en charge. Ils rencontraient des situations cliniques qui ne correspondaient pas à des maladies mais à des symptômes. Les médecins doutaient de trouver, actuellement, des réponses dans les données de l'EBM pour tous ces états (Tab. 3 méd. 1, 5, collectif).

-Ils relevaient que dans la prise de décisions, la norme intime du médecin et « *la personnalité du médecin* » intervenaient et n'étaient pas forcément condamnables (Tab. 3 méd. 1, 2, 3, 6 collectif).

- Les recommandations étaient surtout intéressantes pour les pathologies « *bien codifiées* », ils s'interrogeaient sur leur intérêt pour la petite pathologie (Tab. 6, collectif).

- Ils expliquaient que les recommandations étaient « *un guide, une ligne de conduite* » sur lesquels ils s'appuyaient mais dans leurs décisions, ils prenaient en compte le « *contexte du patient* » (Tab. 6, collectif).

2- Les inquiétudes ressenties :

-L' EBM dans certaines situations allait à l'encontre d'une « *prise en charge globale approfondie du patient* » (Tab. 2, méd. 9, collectif).

- L'E BM dans certains cas privait le patient du bénéfice de certaines prises en charge, soit en ne lui permettant pas de bénéficier de découvertes récentes, soit en le privant de thérapeutiques que le médecin par son expérience pensait pouvoir être efficaces (Tab. 2, méd. 6).

-L'E BM favorisait la dépersonnalisation (tant au niveau du médecin que du patient) de la médecine du fait de la « *standardisation* » (Tab. 2, méd. 2). L'E BM était vécue comme un « *carcan* » difficile pour le médecin (Tab. 2, collectif).

-Les médecins verbalisaient leur crainte que l'E BM devienne opposable (Tab. 1 méd. 2, 8). Pour les recommandations, ils « *acceptaient que leur autonomie de prescription soit restreinte* » mais ils craignaient qu'ils deviennent opposables. (Tab. 6, méd. 1, 6, 7, 8, collectif).

III-2-C-Une perception de l'E BM en pleine évolution.

L'E BM était perçue de façon différente selon les médecins. L'un d'entre eux avait « *l'impression que l'E BM concernait plutôt les spécialistes* » (Tab. 4, collectif). Pour un autre, elle faisait « *partie intégrante de son travail* » (Tab. 4, méd. 1). D'autres exprimaient l'évolution qu'ils avaient vécue avec une FMI (Formation Médicale Initiale) « *totale ment différente voire opposée* » à la démarche E BM. Ils étaient actuellement dans une démarche critique de remise en cause des acquis. Cette évolution avait nécessité de « *refaire une nouvelle éducation médicale* » et était vécue durement comme une « *violence* » mais qui permettait de donner une identité au médecin généraliste en lui donnant un rôle mieux défini (Tab. 4, méd. 7).

<i>Pensez-vous que la médecine générale est avant tout un art ?</i>	Oui : 4	Non : 12
<i>Pensez-vous qu'en médecine générale rien ne vaut l'expérience ?</i>	Oui : 5	Non : 11
<i>Pensez-vous qu'en médecine générale le plus important est l'intuition ?</i>	Oui : 1	Non : 15

<i>Dans votre pratique, estimez-vous que vos décisions s'appuient sur des niveaux de preuve élevés ?</i>		
Souvent : 9 Parfois : 3 Rarement : 4		
<i>Pensez-vous que les études de niveau de preuve élevé vous apportent les réponses aux problèmes que vous rencontrez en médecine générale ?</i>		
Souvent : 10 Parfois : 2 Rarement : 4		
<i>Pensez-vous que les recommandations et les référentiels risquent de « dévaluer » l'art médical ?</i>	Oui : 0	Non : 16
<i>Pensez-vous qu'ils menacent votre autonomie de prescription ?</i>	Oui : 4	Non : 12
<i>Avez-vous peur que votre compétence soit mise en doute ?</i>	Oui : 3	Non : 13
<i>Avez-vous peur qu'ils rentrent en conflit avec les attentes des patients ?</i>	Oui : 9	Non : 7
<i>Estimez-vous respecter les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS dans votre pratique quotidienne ?</i>		
Souvent : 15 Rarement : 1		
<i>Que pensez-vous en général des référentiels? (Nombre de médecins en accord avec les items proposés suivants) :</i>		
La conduite à tenir recommandée permet une réelle aide à la décision médical.		15
Cela permet de se justifier auprès du patient (meilleure observance)		10
Cela permet de se justifier auprès des organismes payeurs		3
Cela permet de se justifier sur le plan médico-légal (si effets indésirables ou échec thérapeutique)		10
La conduite à tenir recommandée est mal adaptée aux conditions de pratique de Médecine Générale.		1
Les référentiels sont conçus pour faire des économies et non pour améliorer la qualité des soins.		0
Les référentiels ne sont pas assez souvent actualisés pour prendre en compte les dernières découvertes.		3
Leur consultation prend trop de temps		6
Le nombre de référentiels est trop insuffisant		5
Le nombre de référentiels est trop important pour connaître leur existence		3
Les référentiels sont trop complexes et inutilisables		1
Autre(s) raison(s) (<i>précisez</i>) :		2
-1 : mauvaise présentation comparée à d'autres revues telles le Concours Médical.		
-1 : insuffisance du nombre de référentiels pertinents pour la MG.		
<i>L'obligation d'évaluation des pratiques vous incite-t-elle à respecter les référentiels ?</i>	Oui : 10	Non : 6

III-3- Les difficultés pour pratiquer l'EBM et appliquer les recommandations

III-3-A- Les difficultés par rapport à l'EBM.

Les médecins étaient confrontés à 4 domaines de difficultés pour pratiquer un exercice EBM :

- le manque de temps
- l'accès difficile à des informations valides pertinentes
- la négociation avec leurs patients
- le paiement à l'acte

1/ Le manque de temps était un frein mis en avant pour pratiquer l'EBM (Tab. 4, méd. 1, 3, 8, collectif).

Tenter de faire adhérer le patient à la décision demandait plus de temps (Tab. 4, collectif). Les médecins considéraient que la recherche d'information faisait partie intégrante de leur fonction (Tab. 4, méd. 1, 3, collectif) mais dans les conditions actuelles d'exercice, cela nécessitait de la motivation pour se donner du temps pour ces recherches (Tab. 4, méd. 1, 3, 8, collectif).

2/ Accéder à des informations valides pertinentes était une autre difficulté.

- Les médecins souffraient d'un excès d'informations. Le « *flot d'information* » reçu nécessitait un travail de tri (Tab. 4, méd. 1, 6, 8, collectif).
- Ils notaient le manque de pertinence de certaines données :
 - Les études portant sur des patients standardisés ne correspondaient pas à leurs patients (Tab. 4, méd. 4, 8).
 - Les études cliniques ne concernaient pas les situations précises pour lesquelles ils recherchaient une information (Tab. 4, méd. 4).
 - Ils manquaient de recommandations et de synthèses pour les problèmes qu'ils prenaient en charge (Tab. 4, méd. 6, 8, 9).
- Avoir accès en temps réel pendant la consultation aux données (Tab. 4, méd. 5) était une difficulté.
- L'évolution constante des connaissances avec la nécessité de se mettre constamment à jour : « *c'est une quête perpétuelle* » (Tab. 4, méd. 4, 7, 9, collectif) et des résultats contradictoires des études rendaient encore plus difficile l'accès et le respect de l'EBM (Tab. 4, méd. 9).

- Ils manquaient de formation pour rechercher les données (Tab. 4, méd. 2, 3). La complexité de la démarche elle-même, même après des formations sur la recherche était difficile et « *démotivante* » (Tab. 4, méd. 3, 2, 7, collectif).
- Le manque de maîtrise de l'outil informatique et la langue anglaise étaient cités à deux reprises comme difficultés ainsi que la non gratuité des revues EBM (Tab. 4, méd. 1, 5, 8).

3/ La négociation était difficile pour obtenir l'adhésion du patient.

Pour « *adapter les recommandations au contexte du patient* », Les médecins faisaient « *face à la pression des patients* ». Ils jugeaient cette pression « *dure* » (Tab. 4, méd. 2, 4). Ils rencontraient des difficultés à « *faire partager la décision* » si celle-ci n'était pas « *conforme* » à « *l'attente du patient* ». (Tab. 4, méd. 5, 7). Ils jugeaient difficile « *l'information au patient* », « *d'expliquer, de se faire comprendre* » (Tab. 4, méd. 1, 2, 6, collectif).

La négociation était plus délicate du fait que « *l'aura du médecin* » n'était plus aussi grande et que les patients ne les « *croyaient plus sur parole* » (Tab. 4, méd. 2).

Il leur était difficile :

- de dire non à certaines demandes des patients : « *ils nous donnent toujours une bonne raison de ne pas appliquer les recommandations* » (Tab. 4, méd. 6).
- de ne « *rien prescrire* » dans des pathologies de petit risque même s'ils jugeaient qu'aucune prescription n'était justifiée (Tab. 4, méd. 7, collectif).

4/ Le paiement à l'acte était un frein à l'EBM.

- Les médecins estimaient qu'en France, les patients consultaient pour des motifs qui, dans d'autres pays, n'étaient pas pris en charge par leurs confrères (Tab. 4, collectif).
- Le paiement à l'acte favorisait d'accepter ces prises en charge et des prescriptions non justifiées notamment pour des pathologies ORL bénignes (Tab. 4, collectif). « *Si on enlève toute la bobologie où il n'y a aucun traitement particulier à mettre, on devient très pauvre* ».
- Il favorisait de « *négliger* » leur formation (Tab. 4, collectif).
- Certaines recherches nécessitaient beaucoup de temps, elles concernaient un nombre de patients très limité. Le paiement à l'acte actuel était mal adapté pour la reconnaissance de cet investissement (Tab. 4, collectif).

. « *Est-ce que je dois investir autant de temps pour une seule patiente qui me paiera le même prix de consultation que celui qui a un rhume ? Est-ce qu'il*

faut changer notre système actuel et faire comme en Allemagne avec des actes à valeur variable ? »

. « On manque de temps en étant payé à l'acte, si j'étais salarié, je verrais moins de patients et peut-être aurais-je plus le temps de m'intéresser aux dernières découvertes»

III-3-B- Les difficultés d'application des recommandations

Les médecins rencontraient plusieurs difficultés pour appliquer les recommandations:

- Leur longueur, leur manque d'accessibilité, leur aspect peu pratique et l'absence de résumé systématique (Tab. 6, méd. 1).
- Leur retard de mise à jour par rapport à de nouvelles molécules pour la thérapeutique (Tab. 6, collectif).
- Le manque de cohérence dans la profession : il leur était difficile de modifier un traitement non initié par eux, pour respecter les recommandations surtout si celui-ci avait été prescrit par un spécialiste ou un confrère hospitalier (Tab. 6, méd. 9, collectif).

<i>Pour vous, ce qui rend l'EBM difficile en Médecine Générale en premier lieu, est-ce : (1 seule réponse)</i>	
Les situations cliniques complexes	4
Le contexte du patient	2
L'accès à une information validée	10

<i>A votre avis, qu'est-ce qui freine l'accès aux informations sur les données de l'EBM ? (plusieurs réponses possibles) (Nombre de médecins en accord avec les propositions suivantes):</i>	
La complexité des recherches	9
Le manque de formation	4
Les informations sont le plus souvent en langue anglaise	3
L'accès aux textes complets est le plus souvent payant et difficile à se procurer	3
Le manque de moteur de recherche « pratique »	5
Le manque d'ouvrage de référence actualisé	3
Le manque de temps pour effectuer les recherches.	13
L'absence de rémunération des formations continues valides	1

III-4 - Compétence des médecins généralistes pour la lecture des données de l'EBM.

15 médecins sur les 16 affirmaient ne pas avoir la compétence pour interpréter, critiquer une étude scientifique (Tab. 5, méd. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, collectif).

Ils estimaient que cela ne relevait pas de leur fonction et que ce travail devait être « délégué » (Tab. 5, méd. 4, 5, 7, 8, collectif).

Ils exprimaient l'ambiguïté de cette situation qui les obligeait « à croire sur parole sans pouvoir vérifier » (Tab. 5, collectif).

<i>Personnellement, êtes-vous à l'aise avec les notions suivantes (Nombre de médecins s'estimant à l'aise avec les notions suivantes) :</i>		
Risque relatif : 9	Revue systématique : 9	intervalle de confiance : 8
Risque absolu : 8	méta analyse : 12	biais : 11
<i>Pour rechercher la réponse à une question que vous vous posez pour un patient, estimez-vous savoir « formuler la question » selon les principes de l'EBM?</i>		Oui : 6 Non : 10
<i>Connaissez-vous ou avez-vous déjà fait des recherches dans les bases de données suivantes ? (Nombre de médecins ayant fait des recherches avec les bases suivantes) :</i>		
Medline		7
Cochrane Database of Systematic Reviews (part of Cochrane library)		4
Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (part of Cochrane Library)		2
Bandolier (published in Oxford) - Evidence-Based Medicine (BMJ publishing group)		4
Clearing House		2
HAS		11
CISMEF		11
INIST-BDSP		3
<i>Connaissez-vous les différents niveaux de preuve utilisés pour évaluer une étude ?</i>		Oui : 14 Non : 2

III-5- Apport de la FMI et FMC pour une pratique EBM.

La médecine n'évoluait pas dans un contexte EBM lorsque 13 des 16 médecins suivaient leur FMI puisque 13 médecins avaient terminé leur formation avant 1989. (Tab. 7, méd. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, collectif).

- «on ne m'a pas appris qu'un traitement pouvait être évolutif». «j'ai souvenir que c'était figé » (Tab. 7, méd. 1).
- « la thérapeutique n'était pas une priorité à la faculté, l'accent était mis sur la clinique et le diagnostic » (Tab. 7, méd. 6).
- ils n'ont pas appris à interpréter une étude (Tab. 7, méd. 1).
- ils n'ont pas acquis un esprit critique (Tab. 4, méd. 7) « On nous a appris à apprendre sans critiquer » (Tab. 5, méd.3).

Pour le respect de l'EBM dans une FMC, ils citaient plusieurs critères :

- « Il faut que les FMC soient organisées par des gens qui connaissent bien les problèmes et difficultés des médecins participants » (Tab. 7, méd. 3, 4).
- « La transparence, en annonçant les conflits d'intérêt » (Tab. 7, méd. 4).
- La présence d'une évaluation (Tab 7, méd 9).

Les Groupes de Pair, leur groupe local (AMMPPU) et la revue Prescrire étaient cités comme FMC permettant d'acquérir des informations basées sur des preuves.

Les médecins se méfiaient des FMC appuyées sur l'expérience, les « recettes » (Tab. 7, méd. 1, collectif).

Ils considéraient que certaines soirées organisées par des laboratoires n'étaient pas de la FMC (Tab. 7, méd. 7, 8).

<i>Pensez-vous que votre FMI vous a permis d'acquérir la compétence nécessaire pour critiquer une étude scientifique ?</i>	Oui : 2 Non : 14
--	------------------------------

<i>A votre avis, parmi les caractéristiques de FMC suivant, la (les) quelle(s) permettent d'acquérir des connaissances basées sur des niveaux de preuve ? (Nombre de médecins en accord avec les caractéristiques suivantes) :</i>	
Indépendantes des labos	11
Organisée par la faculté	1
Présence indispensable de spécialistes	2
Transparence et critique indispensable des sources des informations délivrées.	15
Autres, précisez :	9
- 3 : annonces des conflits d'intérêts	
- 4 : présence de pairs car confrontés aux mêmes problèmes que nous/adaptation à l'exercice des praticiens participant	
- 1 : accès aux informations internationales	
- 1 : FMC couplée à une évaluation de niveau 3	
<i>Parmi les revues suivantes que vous connaissez, quelle(s) est (sont) celle(s) qui semble(nt) vous apporter des informations dans un esprit EBM ?</i>	
La revue Prescrire	14
La revue du Praticien Médecine Générale	7
Le Concours Médical	6
La revue EBM	4
Des revues étrangères, citez-les :	0
Autres, citez-les : Preuves et pratiques	1
Vous ne lisez pas de revue.	1

III-6- De la méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques

Unanimement ces médecins manifestaient une forte méfiance envers les études produites par les laboratoires pharmaceutiques et la présentation qui leur était faite par les visiteurs médicaux :

- « *Ils nous mentent. Ils nous montrent uniquement ce qui les arrange et ne retiennent que les études qui sont en leur faveur.* » (Tab. 8, méd. 1)
- « *aucun crédit car pour moi labo=marketing* » (Tab. 8, méd. 4)
- « *...je ne fais aucun crédit aux visiteurs médicaux car ils ne sont pas impartiaux par définition...* » (Tab. 8, méd. 5)

Ils exprimaient que leur manque de compétence pour interpréter une étude scientifique était une des raisons qui nourrissait leur méfiance (Tab. 8, méd. 5, 7, collectif).

Ils estimaient que ce n'était pas « *... au laboratoire d'interpréter une étude* » ou « *de faire la conclusion* » (Tab. 8, méd. 3, 5, 8).

En même temps ils reconnaissaient un rôle important des laboratoires dans les « *découvertes et avancées* » et pensaient que certaines de leurs études étaient de qualité (Tab. 8, méd. 3, 5, 6, 7, 9, collectif).

<i>Estimez-vous que les présentations de médicaments faites par les visiteurs médicaux sont basées sur des niveaux de preuves élevés ?</i>		
Souvent : 3 Rarement : 6 ne sait pas : 4 je ne les reçois pas : 3		
<i>Le niveau de Service Médical Rendu pour un traitement est-il pour vous un critère de choix ?</i>		
Oui : 15 Non : 1		
<i>Pensez-vous qu'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) s'appuie sur des niveaux de preuve élevés ?</i>		
Oui : 2 Non : 13 Ne sait pas : 1		

III-7- Facilitations de l'EBM

Pour faciliter l'EBM étaient cités:

- l'outil informatique avec Internet (Tab. 9, méd. 1, 2, 6, 7).
- Les synthèses, les référentiels, recommandations, les mailing (Tab. 9, méd. 1, 2, 5, 8).
- Certaines FMC : test de lecture de la revue Prescrire (Tab. 9, méd. 1, 4), les groupes de pairs (Tab. 9, méd. 2, 6, 7), des formations avec « *quelqu'un qui fait le garde fou et vérifie que l'information délivrée s'appuie sur des preuves* » (Tab. 9, méd. 6).
- L'indemnisation des séminaires de formation (Tab. 9, méd. 6).
- L'obligation de FMC (Tab. 9, méd. 7, 9).
- L'obligation d'évaluation des pratiques (Tab. 9, méd. 4, 7, 9)
- Le passage obligatoire par le médecin traitant dans le parcours des soins (Tab. 9, collectif).
- Le déremboursement de certains médicaments (Tab. 9, collectif).
- Leur implication dans la profession comme maître de stage ou organisateur de FMC (Tab. 9, méd. 3, 9).

III-8- LES BESOINS RESSENTIS

III-8-A- Ces médecins demandaient :

- un accès aux données de l'EBM plus pratique, plus rapide, gratuit et des données plus pertinentes (Tab. 10, méd. 1, 9)
- Des banques de données spécifiques (Tab. 10, méd. 9, collectif).
- Un accès en temps réel pendant la consultation en lien direct avec le logiciel métier (Tab. 10, méd. 5)
- « *qu'il y ait plus de données valides concernant la médecine générale* » avec « *des travaux de recherches mais faits par des représentants de la profession* » (Tab. 10, méd. 4, 7, 9) et de « *former les généralistes à la recherche* » (Tab. 10, méd. 7).

- « *des résumés de référentiels* » (Tab. 10, méd. 1) « *Faire des résumés de référentiels en laissant un lien pour pouvoir aller voir sur quoi ils se basent* »
- « *il faudrait l'équivalent EBM journal en accès libre et gratuit pour tous les médecins* » (Tab. 10, méd. 8).

III-8-B- Besoin de formations.

Ils ressentaient des besoins de formations pour « *mieux maîtriser l'outil informatique* » pour la « *recherche de données valides* ». Ils réclamaient plus de temps pour leur formation. (Tab. 10, collectif). Ils demandaient que la FMI incorpore dès le début des études l'apprentissage des niveaux de preuve (Tab. 10, méd. 7).

III-8-C- Une meilleure organisation de la profession.

Ils exprimaient le besoin d'une meilleure organisation de la profession : « *Il faut qu'on se bouge et c'est dur* » pour « *faciliter la gestion du temps et l'échange d'information* » (Tab. 10, méd. 2, 3). Cette organisation devait leur libérer du temps pour la formation. « *Voir les patients 35 heures et le reste du temps on fait de la formation* » (Tab. 10, collectif). Ils exprimaient la nécessité que l'ensemble de la profession soit cohérente tant au niveau de l'HAS que des autres spécialités en prenant des décisions en respect des données de l'EBM : « *Que les médecins spécialistes suivent aussi les recommandations* » (Tab. 10, méd. 6).

III-8-D- Rôle de la société

Ils demandaient que la société intervienne auprès des patients pour soutenir leur démarche :
« Informer les patients de plus en plus sur les preuves » (Tab. 10, méd.7, 8, collectif).

Ils réclamaient une « reconnaissance » de leurs efforts pour se former et pratiquer l'EBM
reconnaissance pas seulement financière (Tab. 10, méd. 7, collectif) :

- . « Reconnaissance financière pour se former et pratiquer l'EBM »
- . « Il faudrait une reconnaissance style pancarte « médecin qui pratique l'EBM » devant notre cabinet ! ».

<i>Selon vous, le travail de recherche des études scientifiques (données primaires) et de leur interprétation relève-t-il de : (une seule réponse)</i>	
De chaque médecin généraliste ou spécialiste	1
De médecins spécialistes	0
De médecins hospitaliers	0
De l'organisation de la profession : médecins volontaires formés	13
Des autorités sanitaires du pays	1
Des médecins conseils des caisses SS.	0
Autres, précisez : Groupe de pairs	1
<i>Personnellement, vous préférez : (une seule réponse)</i>	
Avoir accès aux données primaires (directement les études scientifiques)	1
Avoir accès aux données tertiaires (revues systématiques, référentiels, interprétation d'études...)	15
<i>Si des outils étaient créés pour accéder plus facilement aux données récentes de la science et aux référentiels, quels sont ceux qui vous intéressent parmi les propositions suivantes ?(Nombre de médecins en accord avec les propositions suivantes) :</i>	
Moteur de recherche en français	12
Données traduites en français	7
Données validées par représentants de la profession auxquels vous pourriez accorder votre confiance.	7
Outil lié au logiciel médical	7
Alarme dans votre logiciel médical lorsqu'un diagnostic est relevé lors d'une consultation (s'il existe un référentiel ou une nouvelle information)	9
Référentiels simplifiés	9
Visites à votre cabinet de médecins qui vous informeraient sur référentiels et dernières données.	2
Guides support papier	4
Autres, précisez	2
1 : sites français nommant recommandations étrangères	
1 : mailing de référentiels envoyés aux médecins.	
Vous ne ressentez pas de besoin particulier.	0

IV - DISCUSSION

Le vécu des généralistes français confrontés à l'EBM ayant été peu exploré en France nous avons fait le choix d'une étude qualitative (2). Notre objectif étant de découvrir les difficultés que les généralistes rencontrent au quotidien pour appliquer l'EBM nous avons recherché des praticiens ayant déjà une habitude de réflexion sur leurs pratiques.

Les groupes de pairs se définissent comme des lieux de libre parole pour réfléchir sur la pratique, nous nous sommes adressés à eux. L'échantillon des 16 médecins interrogés ne peut pas être considéré comme représentatif de la population des généralistes français en terme de taille, d'âge, de sexe, d'implication dans la profession (9/ 16 avaient des responsabilités dans la FMC ou l'enseignement). Par contre, pour ce travail qualitatif cet échantillon était composé de caractéristiques diversifiées. A priori ces caractéristiques étaient susceptibles d'influencer le comportement des médecins envers l'EBM Certains exerçaient seuls, d'autres en groupe, en milieu rural, urbain, semi rural. Nous avons interrogé des femmes, des hommes, un médecin non installé, des médecins formés avant, d'autres après que le discours sur l'EBM ne pénètre le monde médical. Deux d'entre eux ne connaissaient pas le mot EBM, d'autres, par leurs implications dans la profession, avaient déjà participé à des formations à l'EBM. Certains possédaient une connexion Internet à leur cabinet médical, d'autres non. Aux entretiens individuels semi dirigés nous avons ajouté une deuxième approche par un entretien de groupe dans le but d'augmenter la richesse des informations par le dynamisme qu'il peut créer.

Cette diversité des médecins interrogés et cette double approche nous ont permis de faire émerger des réponses aux questions de recherche posées. Les deux personnes qui ont analysé les résultats étaient impliquées dans la profession de généraliste.

La représentation du métier de généraliste comme avant tout un art et des spécialistes, médecins hospitaliers comme des scientifiques, était certainement un frein culturel important à la pénétration de l'EBM dans la médecine générale. Cette étude montre une évolution : ce frein ne concernait qu'une minorité.

L'EBM avait fortement pénétré la culture des généralistes de cette étude au prix d'une véritable révolution pour certains d'entre eux.

Comme dans les études effectuées dans d'autres pays francophones (4) et anglo-saxons (5), l'EBM était perçue très positivement par l'ensemble des médecins de cette étude.

Contrairement à leurs homologues canadiens (6) et belges (7), ils ne plaçaient pas l'intuition, l'expérience personnelle, l'art comme éléments premiers de leur exercice. La majorité des généralistes canadiens pensaient que l'intuition avait un rôle primordial en médecine générale. Les médecins belges accordaient une grande importance à leur expérience personnelle. L'EBM, les référentiels ne dévaluaient pas l'art médical aux yeux des 16 praticiens de notre enquête. Pour 12 d'entre eux, ils ne diminuaient pas leur autonomie de prescription. Ce vécu était très différent de celui des médecins canadiens interrogés dans l'étude qualitative de C Schan tracy (4) qui percevaient l'EBM comme une menace pour leur autonomie, comme une dévaluation de « *l'art de la médecine* ».

Ces différences sont étonnantes. S'expliquent-elles par le fait que notre étude a été effectuée à une autre époque (4 ans plus tard), dans un autre contexte culturel ou lié à notre échantillon ? En revanche, cette perception était en accord avec la définition faite par des médecins généralistes britanniques lors d'un atelier en 1996 (8).

La majorité des médecins de notre étude (9/16) estimaient « *s'appuyer sur des niveaux de preuve élevé* » dans leur décision et 15 sur 16 estimaient respecter les référentiels. Ces déclarations étaient conformes à celles des médecins interrogés dans une étude effectuée à Riyadh (9).

Cette perception de l'EBM va dans le sens que ces généralistes s'éloignaient de la médecine empirique se basant sur des hypothèses et observations personnelles. Ils allaient vers une pratique s'appuyant sur des bases scientifiques. Comme le décrit D Giet (10) dans son article, ils replaçaient la médecine générale dans le champ de la science.

R. Brian Haynes (11) en 2003 disait dans son article que l'EBM était encore conceptuel et devait mûrir. Pour la majorité des médecins de notre étude ce n'était plus un concept, l'EBM était bien rentré dans leur culture.

Le niveau de perception de l'EBM n'était pas homogène.

Même si tous ces généralistes jugeaient très favorablement l'EBM, leurs expressions montraient une situation hétérogène qui traduisait un milieu en pleine évolution. Nous avons retrouvé dans cette étude des niveaux de conscience différents vis-à-vis de l'EBM.

Un **1^{er} type** de médecins considérait encore qu'elle était réservée aux spécialistes et médecins hospitaliers. Cette perception de clivage entre praticiens en soins primaires et secondaires est à rapprocher de celle des médecins d'une étude américaine (12). Interrogés sur l'EBM ces généralistes américains estimaient que l'approche des spécialistes était plus facilement basée sur l'EBM. Ils donnaient une explication : les spécialistes soignaient des maladies et non des malades alors que les généralistes étaient confrontés à la vraie vie « *real life* ».

Un **2^{ème} type**, à l'opposé, avait intégré l'EBM. Ils exprimaient que la démarche médicale par essence même était une démarche EBM. Ils considéraient que l'EBM faisait partie intégrante de leur travail.

Un **3^{ème} type** de généralistes était en phase d'intégration de l'EBM. Ils décrivaient son entrée dans leur culture médicale, comme une véritable révolution, « *une nouvelle éducation médicale* ». Formés dans une culture médicale du savoir immuable détenu par les enseignants hospitaliers, acquérir un esprit critique, s'appuyer sur des preuves nécessitaient une adaptation, jugée « *violente* ».

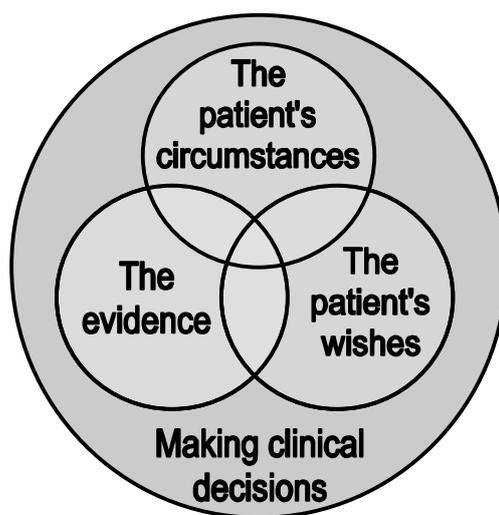
Les médecins de cette étude considéraient l'EBM comme une aide dans leur exercice et un facteur d'amélioration de la santé de leurs patients.

L'EBM leur permettait de faire bénéficier leurs patients de traitements plus efficaces. Elle donnait plus d'égalité de chance entre les patients. Ce jugement rejoignait celui des généralistes canadiens (4) et britanniques (5) interrogés dans 2 études.

L'EBM était jugée comme une aide à la pratique par les praticiens canadiens (4). Les médecins de notre étude, décrivaient cette aide comme un élément de rigueur, de simplification de la pratique, comme moteur de mise à jour de leurs connaissances. Dans l'entretien individuel d'un des médecins et dans l'entretien collectif, ils exprimaient que des décisions appuyées sur les données de la science leur apportaient une impression de confort, de satisfaction. Nous pensons que ce sentiment de confort s'explique par un effet rassurant de l'EBM. Le médecin généraliste ne prend plus seul les risques d'effets secondaires, quelque part, il les partage avec tous les chercheurs qui ont effectué ces travaux, avec tous les confrères qui les appliquent. Il sort de son isolement, partage les responsabilités. Avoir le sentiment de bien faire son métier ne peut être qu'un sentiment de satisfaction.

L'EBM ne couvrait pas tout le champ de la médecine générale. La spécificité de ce champ rendait sa pratique délicate.

Dans l'entretien collectif les médecins expliquaient que les référentiels étaient pour eux « *une ligne de conduite* ». Dans leurs décisions ils prenaient en compte le « *contexte du patient* ». Cette attitude était en fait la description de l'EBM faite par Sackett et Haynes (1). Haynes dans un article (13) représente la démarche EBM par ce schéma:



La prise en compte du contexte du patient n'était pas une limite de l'EBM, comme le sous-entendait un des médecins de cette étude. Elle faisait partie de la démarche. Il est certain que la prise en compte du contexte du patient, ses désirs, et les données de la science exigent du médecin généraliste une bonne expérience, une bonne connaissance du patient, des aptitudes à communiquer... Tout un art ! Qui rend la pratique de l'EBM délicate.

Les médecins de cette étude reprochaient à l'EBM de favoriser la « *dépersonnalisation* » du patient et du médecin, de parfois aller à l'encontre « *d'une prise en charge globale du patient* ». Pour eux, l'EBM : « *ce n'est pas suffisant* ». Ils évoquaient « *l'empathie, la psychothérapie, la relation médecin patient* ». Ils replaçaient la médecine générale dans une approche centrée sur la personne. **L'approche quantitative normative est-elle compatible avec la Médecine Générale ?**

L'être humain peut-il se réduire à une simple équation, sa santé au résultat de statistiques ? Les inquiétudes exprimées rejoignaient le débat apporté par les détracteurs de l'EBM depuis sa naissance. La médecine générale d'après la définition européenne de 2000 (3) doit répondre « *aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* ». En tant que médecin de famille, ils étaient sollicités sur

des questions qui ne relevaient pas uniquement de la santé physique ou mentale. Dans cette approche complexe du patient, comme le disaient ces médecins, l'EBM n'est qu'une partie du champ de la médecine générale.

L'application au patient, 3^{ème} étape de l'EBM, est décrit par Haynes (13) comme un temps difficile. Les médecins de notre étude le disaient à 9 reprises : « *expliquer, se faire comprendre, partager la décision* » était un des problèmes qu'ils rencontraient. 9 d'entre eux craignaient que les référentiels rentrent en conflit avec les attentes du patient. La pression du patient était jugée « *dure* ». Comme dans l'étude effectuée à Riyadh (9), ils s'appuyaient sur les référentiels pour négocier. Pour le médecin n°2, la diminution de « *l'aura du médecin* » rendait plus délicate la négociation. Il est certain que les patients tout comme les médecins généralistes, bénéficient des nouveaux moyens d'information. Les émissions médicales se sont multipliées, les sites Internet sur la santé sont nombreux. Les rapports paternalistes médecin patient se transforment. Plusieurs études étrangères (4, 7, 12, 13, 14) montraient que les généralistes considéraient que la pression du patient était un frein important à l'EBM. Dans cette négociation, un autre frein venait de la représentation que le médecin se faisait de l'attente du patient. A 3 reprises, les médecins de notre étude disaient faire des prescriptions non justifiées pour répondre à ce qu'ils pensaient être la demande du patient. Dans une étude allemande ce frein culturel était retrouvé. Interrogés dans une enquête (15) alors que seulement la moitié des patients souhaitaient une prescription médicamenteuse avant la consultation, deux tiers en avaient reçu. Les patients qui n'avaient pas eu de traitement alors qu'ils en attendaient un, se disaient « *autant satisfaits que les autres* ».

Des éléments intrinsèques à l'EBM étaient inadaptés aux conditions de la médecine générale.

Ces généralistes ne remettaient pas en cause les études cliniques, ou l'utilité des méta-analyses. Leurs critiques concernaient 3 points.

Dans un premier temps, les études portaient sur des **patients standardisés qui ne correspondaient pas aux patients qu'ils prenaient en charge**. Il est compréhensible que la nécessité d'éviter des biais, fait exclure de certains essais cliniques les patients présentant des poly-pathologies ou étant poly-médicamentés. Les patients, notamment les plus âgés sont difficilement comparables aux patients standards des études.

La 2^{ème} critique portait sur les pathologies concernées.

Les morbidités qu'ils rencontraient, trouvaient peu de réponses dans les études et les référentiels. Ces médecins doutaient que l'EBM apportent des réponses à toutes les situations cliniques syndromiques dont ils avaient la charge. Pourtant, l'étude anglaise de Gill (16) estimait que 80% des interventions en médecine générale trouvaient une réponse dans les données des études scientifiques. Mais les auteurs de cette étude rétrospective de cas concluaient que ces résultats étaient à réexaminer en utilisant d'autres méthodologies. Cette réflexion rejoint P. Ravaud qui estimait que 80% des décisions prises en médecine générale peuvent être fondées sur des faits prouvés (17).

Les travaux de la SFMG (société française de médecine générale) (18) confirment que les morbidités prises en charge par les généralistes sont dans 70% des cas des symptômes ou des syndromes. Un des médecins lors de l'entretien collectif disait que les recommandations lui semblaient intéressantes surtout « *pour les pathologies, bien codifiées* ».

Nous pensons que ces pathologies bien codifiées correspondent à des maladies certifiées ou des tableaux de maladies. Il est compréhensible que les recommandations soient plus faciles à élaborer pour des maladies ou des tableaux de maladie dont l'évolution est connue. Ils sont plus difficiles à élaborer pour des symptômes ou syndromes qui sont des situations cliniques évolutives. Ils ne pourront l'être qu'après des travaux de recherche effectués en médecine générale.

Ces généralistes notaient une **3^{ème} difficulté liée à la recherche scientifique**. L'évolution constante des connaissances, avec l'apparition de contradictions nécessitait pour eux un travail de mise à jour difficile. L'un d'entre eux disait « *c'est une quête perpétuelle* ».

La médecine générale s'est créée une identité ces 30 dernières années. Des structures, des outils ont vu le jour au sein de la profession, facteur de promotion de l'EBM.

Ces médecins citaient comme éléments facilitateurs de l'EBM, la revue Prescrire, certaines FMC, leur implication dans la profession.

Dès 1981, la revue Prescrire se créait à l'initiative de généralistes. Elle apporte à la profession une analyse des données des études clinique avec une grande rigueur. Elle était source d'information EBM pour 14 des 16 médecins interrogés.

Ces dernières années sont apparues d'autres revues de synthèse, de critiques des données des études cliniques nouvelles. Le monde médical a investi Internet, de plus en plus de banque de données et sites dédiés aux professionnels sont apparus.

Un des médecins de notre étude disait : «*On a une identité et un rôle mieux défini...* ». Durant ces 30 dernières années la profession a vu naître et se développer des associations de formation continue spécifique, le collège des généralistes enseignants, des sociétés de recherche. Nous pensons que ces structures et les généralistes qui y sont actifs ont été les initiateurs de l'introduction et de la diffusion de l'EBM dans le monde des généralistes français. Deux des médecins notaient que leur implication professionnelle dans la FMI ou FMC était un facteur favorisant leur pratique quotidienne EBM.

Des faits survenus dans la société civile, des décisions prises par les responsables politiques étaient des facteurs de promotions de l'EBM. Ils étaient aussi facteurs de craintes.

Un des médecins de l'étude disait : l'EBM « *c'est obligatoire* ». En 1996 les décideurs politiques imposaient les RMO, puis des référentiels, l'ANDEM, ANAES devenue HAS était créée. La notion de SMR (Service Médical Rendu) apparaissait. Plus récemment l'évaluation des pratiques, la formation continue devenait obligatoire. En même temps, Internet bouleversait les moyens de communications et les décideurs incitaient à l'informatisation des cabinets médicaux. Ces changements réglementaires, ces nouveaux moyens de communications sont certainement des facteurs importants de la pénétration du mouvement EBM en médecine générale en France. Sur les 16 médecins, 15 avaient Internet à leur domicile et 13 sur leur lieu de travail. Les référentiels étaient vécus par 15 des 16 praticiens de cette étude comme une « *réelle aide à la décision médicale* ». L'obligation d'évaluation des pratiques était un facteur incitant 10 des 16 généralistes à respecter les référentiels.

A six reprises les praticiens verbalisaient leurs craintes que l'EBM et les recommandations et les référentiels deviennent opposables. Un des médecins parlait du « *carcan* » de l'EBM. Ces médecins à leur manière posaient une autre des questions qui fait débat : **L'EBM est-il un alibi pour les politiques pour réduire des dépenses de santé ?** Dans cette étude aucun des généralistes ne pensait que les « *référentiels étaient conçus pour faire des économies et non pour améliorer la qualité des soins* ».

Dans les dernières mesures prises en France par les responsables politiques, le passage obligatoire par le médecin traitant et le déremboursement de certains médicaments étaient jugés par les médecins de cette enquête comme une aide pour appliquer l'EBM.

Dix médecins sur 16 considéraient que les référentiels permettaient de se justifier sur le plan médico-légal. La société ces vingt dernières années se judiciarise, c'est certainement un facteur d'adoption des référentiels par les médecins.

La formation, la compétence, l'accès à l'information et le manque de temps étaient 4 freins à la pratique de l'EBM dans l'exercice au quotidien de ces généralistes, comme dans les études étrangères.

L'absence de formation à l'EBM pendant la FMI était un frein à sa pratique dans l'exercice quotidien.

« *On nous a appris à apprendre sans critiquer* » disait un des médecins de cette enquête. L'EBM nécessite un esprit critique. D Weatherall dans la préface de l'édition anglaise du livre de T Greenhalg (2) écrit : « *l'EBM...est un nouveau mode de pensée, susceptible d'imprégner tous les aspects de la pratique quotidienne* » 13 des 16 médecins de l'enquête avaient effectué leur FMI avant 1989. A cette période le mouvement EBM n'avait pas diffusé dans le monde médical français. Ces médecins n'ont pas été formés dans une culture EBM. Dans leur étude, Shin et Haynes (19) montraient que 10 à 15 ans après une FMI dans une filière EBM les médecins connaissaient mieux les recommandations. Ils tenaient mieux leurs connaissances à jour que ceux formés dans une filière classique. 14 des médecins sur 16 disaient que leur FMI ne leur avait pas permis d'acquérir la compétence pour critiquer une étude scientifique.

Ces médecins non formés lors de leurs études à l'EBM posaient des critères pertinents pour leur FMC.

Pour une FMC dans une démarche EBM, 11 des 16 médecins considéraient l'indépendance vis-à-vis des laboratoires nécessaire et 15 la transparence et la critique des sources d'information nécessaire. Prescrire était la première revue choisie comme apportant des informations appuyées sur des preuves.

Une pratique de terrain de la part des organisateurs de FMC était le 3^{ème} critère de leur FMC.

La démarche EBM à sa naissance était une méthode d'auto apprentissage, le choix de ces médecins de groupes d'auto formation entre généralistes pour leur FMC allait dans le sens d'une démarche EBM.

L'information apportée par les laboratoires n'avait la confiance d'aucun généraliste interrogé. Leurs difficultés pour interpréter les études les rendaient méfiants. Paradoxalement

seuls 3 ne les recevaient pas. Les visiteurs médicaux influencent-ils les prescriptions des médecins ? Les travaux de Shaughnessy et Slawson (20) montrent que la meilleure façon de modifier les habitudes de prescription est de rendre visite aux médecins dans leurs cabinets. Les laboratoires pharmaceutiques sont-ils un frein à la démarche EBM ? Les données de cette étude ne nous ont pas permis d'étudier ce phénomène.

Le manque de compétence pour effectuer une recherche documentaire sur Internet et pour critiquer une étude scientifique était un frein mis en avant par les généralistes comme dans toutes les études étrangères (7, 12, 13, 14).

La démarche EBM devant un problème clinique nécessite en premier de convertir ce problème en questions simples précises, claires qui peuvent trouver une réponse dans des études cliniques. 10 médecins sur 16 dans notre étude estimaient ne pas savoir formuler une question clinique selon les principes de l'EBM. Le 2^{ème} temps de la démarche nécessite un travail de recherche documentaire. Actuellement, les données primaires (le résultat des études scientifiques), les données tertiaires (synthèse, reviews, référentiels) sont de plus en plus accessibles sur Internet. L'accès par Internet nécessite une compétence dans le maniement de l'informatique, la connaissance des banques de données et le maniement des moteurs de recherche généraux et spécifiques. Le frein lié à l'utilisation de l'informatique était cité seulement par 2 des médecins de notre étude. Le rapport du Sénat d'octobre 2005 (21) évalue à 80% le nombre de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) informatisés mais seulement la moitié utilisent un dossier informatisé et télétransmettent. Nous pensons que même si le taux d'informatisation des dossiers est faible, le monde des généralistes a évolué et l'informatique est de moins en moins un blocage peut être parce que l'informatique a atteint leur culture familiale comme dans le reste de la société. 15 sur 16 des médecins de l'étude avaient Internet à leur domicile.

Les banques de données CISMef, HAS étaient connues de 11 médecins sur 16. Les banques de données étrangères étaient très peu connues, seulement 7 médecins connaissaient Medline. Mais les généralistes américains n'étaient que 22% à connaître la Cochrane library (22)! Pour tous les médecins de cette étude la démarche de recherche des données restait difficile, fastidieuse. Ils manquaient de formation pour maîtriser le maniement de ces banques de données. L'anglais, la complexité des moteurs de recherche étaient des freins.

Le 3^{ème} temps de démarche EBM consiste à l'évaluation critique de la validité des données et l'intérêt des résultats. La moitié des généralistes de cette étude estimaient être à l'aise avec les notions de risque relatif, absolu, intervalle de confiance, biais, méta analyse

revue systématiques. Seuls 2 d'entre eux ne connaissaient pas les niveaux de preuve. Pourtant 14 sur 16 disaient ne pas avoir la compétence pour cette critique. Ils n'arrivaient pas à utiliser leurs connaissances des notions de base statistique pour critiquer une étude. Ce phénomène était retrouvé chez les médecins américains (5) dans l'étude de Mac Coll. Un des médecins disait qu'après avoir effectué des stages de formation à la recherche EBM cette démarche restait complexe, difficile et « *démotivante* ». Nous pensons que découvrir la démarche EBM, se former n'est pas suffisant. Pour être plus facile, efficace, les 3 premiers temps de la démarche EBM nécessitent d'être pratiqué fréquemment. Si les médecins généralistes effectuent peu de recherches de données, peu de critiques des études, ce faible taux d'exercice de la démarche est un frein.

La difficulté d'accès à une information pertinente était un autre frein important de l'EBM pour ces généralistes. Ils la partageaient avec leurs homologues étrangers.

Un des médecins parlait du « *flot d'information* » reçu, un autre de la difficulté à faire le « *tri* ». Ces 20 dernières années ont vu une explosion du nombre d'études publiées. Haynes dans son article disait qu'il fallait lire 17 articles par jour, tous les jours de l'année (23)! Le volume des publications rendait cette démarche de recherche encore plus difficile.

Les référentiels, les recommandations, les synthèses étaient jugés d'accès difficile. Leur longueur, leur manque de résumés étaient un obstacle. Un autre frein était l'impossibilité d'accès en temps réel. Ces recommandations étaient jugées peu pertinentes pour leurs besoins. Elles n'avaient pas de réponse pour les situations cliniques pour lesquelles ils avaient besoin d'information (6). Ce problème était retrouvé dans l'étude de Haynes (13). Le retard de mise à jour des recommandations vis-à-vis des dernières données des études était une des explications du non respect des recommandations.

Le manque de temps était un frein à l'EBM mis en avant par tous les généralistes, comme dans toutes les études étrangères (4, 5, 6, 7, 9, 14).

Les praticiens de cette étude expliquaient qu'une pratique de l'EBM nécessitait du temps pour se former et pour la recherche de l'information. 13 sur 16 d'entre eux considéraient le manque de temps comme un frein à l'accès des données, les 3 autres considéraient que c'était un faux problème parce qu'il fallait se le donner. Pendant la consultation, la négociation avec le patient demandait plus de temps.

Il émergeait de l'environnement de travail du généraliste de nouveaux freins.

Le non respect des recommandations par les confrères spécialistes qui initiaient des traitements rendait la négociation au patient délicate. La pratique quotidienne de l'EBM sera facilitée lorsque sa pénétration sera plus homogène au sein de l'ensemble du corps médical.

Ils estimaient le paiement à l'acte mal adapté à une médecine EBM. Plusieurs éléments d'explication étaient donnés. En premier il favorisait une consommation de soins pour de la « *bobologie* » qu'ils pensaient ne pas relever d'eux. Cette forme de rémunération les poussait à accepter de prendre en charge ces petits soins et à réaliser des prescriptions médicamenteuses non justifiées. Le deuxième élément qu'ils mettaient en avant était la non rémunération de la charge de travail supplémentaire nécessaire tant au niveau de la consultation que du temps de recherche de l'information et de la formation.

Les besoins pour pratiquer l'EBM dans l'exercice quotidien étaient en rapport avec les freins exprimés par les généralistes.

Le manque de données pertinentes dans le champ de la médecine générale était un frein à une médecine basée sur des preuves. Les médecins réclamaient une évolution de la recherche. Ils jugeaient avoir besoin des données tertiaires, la recherche et l'analyse des données primaires ne relevaient pas d'eux.

Les généralistes de cette étude réclamaient « *plus de données valides* », plus de recherche dans le champ de la médecine générale. La recherche devait être faite par des généralistes. Un d'entre eux pensait qu'ils devraient être formés à faire de la recherche. Ils avaient besoin de recommandations mieux adaptées, plus pratique d'accès. Ils demandaient des banques de données spécifiques à la médecine générale.

Pour 15 d'entre eux les données auxquelles ils souhaitaient avoir accès, étaient les données tertiaires, recommandations, référentiels, synthèses. Leurs homologues anglais interrogés en 1998 disaient que le meilleur chemin pour mieux pratiquer l'EBM était d'avoir plus de guides à portée de main (5). L'un des médecins de l'enquête disaient que les résumés de référentiels « *doivent garder un lien pour pouvoir aller voir sur quoi ils se basent* » Ils posaient un problème : n'accéder qu'aux données tertiaires (les recommandations) ne comporte-t'il pas un risque pour l'EBM en médecine générale?

La recherche documentaire des données primaires, leurs interprétations ne relevaient pas de leur rôle. Cette conception rejoint l'opinion des médecins anglais qui étaient seulement 5% à penser qu'il fallait lire la littérature primaire pour mieux pratiquer l'EBM (5). Ce travail devait être délégué, même si un d'entre eux notait que cela nécessitait de faire « *confiance* ». Cette confiance, ils la donnaient à la profession (médecins volontaires), un seul pensait que cela relevait des autorités sanitaires.

Nous pensons qu'effectivement si nous voulons dans l'avenir posséder plus de données pertinentes pour la médecine générale, cela relève de la profession. Les sociétés de recherche, de formation, le collège des enseignants ont un rôle et un travail essentiels pour l'avenir.

Pour cette démarche EBM complexe difficile, ils demandaient à être formés.

L'un d'entre eux disait que le « *niveau de preuve* » devait être enseigné précocement dans la FMI. Nous pensons, que cet état d'esprit critique qu'est l'EBM ne pourra faire partie intégrante de la culture médicale que si tout médecin y est sensibilisé précocement lors de son cursus universitaire.

Ils réclamaient des moyens pour des formations pour mieux maîtriser la recherche documentaire avec l'outil informatique.

Devant la difficulté d'accès aux données, ils réclamaient des outils.

Ils demandaient un accès aux données plus pratique, rapide. Ils avaient besoin de référentiels simplifiés avec des résumés. Cet accès, ils en avaient besoin en temps réel pendant la consultation. 7 sur 16 souhaitaient un outil lié au logiciel métier. 9 des médecins interrogés aimeraient une alarme dans le logiciel, lié au diagnostic recueilli pour les prévenir de nouveaux référentiels ou nouvelle information. Ces outils sont à créer. Ceci nécessite l'investissement des généralistes pour définir l'outil, conceptualiser, valider les données. Mais aussi que les concepteurs de logiciels s'intéressent à cette évolution.

Pour accéder aux données, 12 médecins souhaitaient des moteurs de recherche en français, des traductions pour les données étrangères. Ils demandaient que l'accès aux données, notamment à EBM journal soit d'accès gratuit. Actuellement de nombreuses banques de données sont des banques de données secondaires (Notice des documents). L'accès au document (full text) est souvent complexe, onéreux pour le généraliste qui n'a pas accès aux bibliothèques universitaires.

L'EBM demandait beaucoup de temps, ces médecins s'interrogeaient sur leur cadre de travail, actuellement mal adapté.

Le paiement à l'acte entraînait un manque de temps, pour la consultation et la formation. Deux de ces médecins s'interrogeaient sur d'autres modes de rémunération, des actes à valeurs variables, le salariat ? Pour que l'EBM soit possible dans la pratique quotidienne des généralistes, la profession et les responsables politiques devront se pencher sur le cadre de travail des généralistes.

Devant les freins contenus dans leur environnement ces généralistes demandaient de l'aide et souhaitaient être reconnus.

Ils demandaient que l'ensemble du corps médical fonctionne dans une démarche EBM.

Ils réclamaient la mise en place de stratégies pour informer et encourager les patients dans le sens EBM. Cette évolution a déjà commencé. L'action pour diminuer la consommation des antibiotiques dans les angines mise en place par les caisses de sécurité sociale va dans ce sens. La campagne réalisée en 2002 comprenant une intervention directe auprès des patients de la part des caisses (campagne télévisée « *les antibiotiques, c'est pas automatique* ») a permis une diminution de 10% de la prescription d'antibiotiques durant l'hiver 2002-2003 (24).

Ils exprimaient un besoin de reconnaissance de leurs efforts pour pratiquer une médecine EBM. Pratiquer au quotidien une médecine appuyée sur des preuves demande aux généralistes un investissement, un effort important, il est humain qu'ils souhaitent que leurs efforts et compétence soient reconnus.

En 2004, l'Examen National Classant place la médecine générale au rang des spécialités. Cette mesure peut être un début de reconnaissance.

Ces médecins étaient conscients de la nécessité de s'organiser entre eux pour faciliter leur pratique de l'EBM

L'un d'entre disait « *Il faut qu'on se bouge* ». Le travail en association était une des idées émises pour faciliter la gestion du temps et des échanges. Déjà certains d'entre eux avaient créé des forums d'échange.

V - CONCLUSION

En réponse à la première question de recherche sur la perception de l'EBM, cette étude nous a montré que même si c'est au prix d'une révolution, l'EBM est entrée dans la culture des médecins généralistes interrogés. Elle était perçue positivement, les recommandations et les référentiels étaient des outils appréciés dont ils disaient se servir. Ils pensaient qu'elle ne couvrait qu'une partie du champ de leur activité. Cette démarche EBM était difficile dans la négociation avec le patient.

La 2^{ème} question de recherche portait sur les freins pour une pratique au quotidien de l'EBM. Le manque de temps, la compétence, l'accès à l'information, la formation, comme dans les études effectuées à l'étranger étaient les 4 freins de l'EBM en médecine générale.

De nouveaux freins émergeaient de cette étude. Ils étaient liés à l'environnement et au cadre de travail. Le paiement à l'acte, le non respect de l'EBM par d'autres membres du corps médical étaient des freins cités par ces médecins.

La 3^{ème} question de recherche concernait les éléments de facilitation de l'EBM. Ils venaient de l'évolution de la société et de la profession. La profession a créé des outils d'information, de formation. La société a apporté l'informatique, Internet. Elle demande aux médecins de justifier leurs décisions. Les politiques imposent des règlements pour que les stratégies de prise en charge des patients soient appuyées sur des preuves. L'EBM devient une obligation.

La 4^{ème} question de recherche portait sur les besoins. Les généralistes demandaient :

- D'être sensibilisés à l'EBM dès leur FMI
- Plus de données valides dans le champ de la médecine générale
- Des banques de données spécifiques et des moteurs de recherche en français.
- Des documents traduits en français.
- Des recommandations simplifiés, avec des résumés.
- Un accès aux données plus facile, gratuit.
- Un accès aux données en temps réel pendant leurs consultations, lié à leur logiciel métier.

Ils ont besoin dans leur pratique quotidienne des données tertiaires (référentiels). Ils veulent déléguer le travail d'interprétation des études, l'élaboration des synthèses et référentiels à des membres de la profession.

Les sociétés de recherche, de formations, le collège des généralistes enseignants ont un rôle important à jouer pour l'avenir. Les logiciels médicaux doivent évoluer pour répondre à ces besoins.

Ils ont besoin que leur démarche ne soit pas isolée. Elle doit s'intégrer dans une évolution qui concerne l'ensemble du corps médical et de la société. Cette culture de l'EBM doit s'acquérir précocement. Cela relève de la formation médicale initiale.

Leur dernière demande concernait leur cadre de travail et la reconnaissance de leurs efforts. En 2006, au siècle des sciences et de la communication, ce cadre de travail doit évoluer. Le travail en association, les groupes d'autoformation, une forme de rémunération mieux adaptée étaient des pistes émises par ces médecins. Pour exercer leur rôle d'homme de sciences et de l'humain, ces généralistes demandaient des moyens et des conditions de travail adaptés. La profession et la société devront se pencher dessus. L'intégration de la démarche EBM passe par une valorisation de la médecine générale.

Ces freins, ces besoins mis en évidence par cette étude qualitative, mériteraient d'être confirmés par des études quantitatives.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS, Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't, BMJ 1996; 312:71-72.
2. Greenhalgh T, Savoir lire un article médical pour décider. La médecine fondée sur les niveaux de preuve (Evidence Based Medicine) au quotidien. Traduit de l'anglais par Brochain D, Dowbovetzky J. Editions Rand.2000.
3. WONCA Europe, La définition européenne de la médecine générale médecine de famille, 2002.
4. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur REG, The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care : postal survey of Canadian family physicians, BMC Family Practice,2003; 4: 13.
5. Mc Coll A, Smith H, White P, Field J, General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey, BMJ, 1998; 316; 361-365.
6. Tracy CS, Dantas GC, Upshur REG, Evidence –based medicine in primary care: qualitative study of family physicians, BMC Family Practice,2003,4:6.
7. Hannes K, LeysM, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM, Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus based study, BMC family practice, 2005;6:37.
8. Lipman T, Rogers S, Elwyn GL, Rôle de la médecine fondée sur les preuves (EBM) dans les soins primaires: quelques idées issues du 3ème atelier britannique sur l'enseignement de l'EBM, EBM Journal, 1998, 12, 5-7.
9. Al-Ansary LA, Khoja TA, The place of evidence-based medicine among primary health care physicians in Riyadh region, Saudi Arabia, Family practice, 2002 oct;19(5):537-42.
10. Giet D, La médecine générale est-elle concernée par l'EBM? , Revue Médicale de Liège, 2000 ; 55:4 :239-243.
11. Haynes RB, Deveraux PJ, Guyatt GH, La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients, Bloc Notes d'EBM Journal, 2003,34,5-8.
12. Freeman AC, Sweeney K, Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study, BMJ 2001; 323; 1100.
13. Haynes B, Haines A, Getting research findings into practice, barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ 1998; 317:273-276.
14. Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S, General practitioners' perceptions of effective health care, BMJ 1999;318;1532-1535.

15. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM, Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice. *Scand J Prim Health Care*, 1997, Sep; 15(3):118-22.
16. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence-Based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996 ; 312 : 819-821.
17. Ravaud P, La médecine fondée sur les preuves en pratique quotidienne, *Le Concours Médical*, 2002,124-17,1153-56.
18. SFMG (Société Française de Médecine Générale), *Annuaire statistique de l'Observatoire de la Médecine Générale*1994/95, 1998/09,52
19. Shin JH, Haynes RB,Johnston ME, Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning, *Canadian Medical Association Journal*,1993,148, 6969-976.
20. Shaughnessy AF, Slawson DC, Pharmaceutical representatives, *BMJ* 1996;312 :1494-5.
21. Rapport d'information du Sénat par Jegou JJ, Rapport sur l'informatisation dans le secteur de la santé, 2005, 3 Novembre, www.senat.fr.
22. Young JM, Ward JE, General practitioners' use of evidence databases, *MJA*, 1999;170:56-58.
23. Haynes RB, 13 étapes, 100 personnes et 1000 fois merci !, *Bloc notes d'EBM Journal*, 1998, 11.
24. Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, page 13.

VII - TABLEAUX

Tableau 1 : Quels intérêts voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ?

Médecin 1	- <i>C'est bien quand c'est possible car on a vraiment l'impression de rendre service au patient et d'améliorer sa santé. Je le vois comme une aide. Cela permet de chiffrer les choses.</i>
Médecin 2	- <i>Normalisation de la médecine. On va tous vers la même pratique et on a une égalité des chances pour nos patients.</i>
Médecin 3	- <i>L'intérêt important est qu'on vit à une époque où on a un intérêt de plus en plus grand de coller au plus près des preuves dans notre pratique car on nous demande toujours des comptes et il faut pouvoir être transparent dans ce qu'on fait.</i> - <i>Pour avoir la satisfaction d'un problème bien résolu.</i>
Médecin 4	- <i>Pour moi, je ne vois pas intérêt ou inconvénient car c'est une obligation que nous avons en tant que médecin au 21^{ème} siècle de faire de l'EBM. Ça ne se discute pas.</i> - <i>L'EBM balise mon chemin de réflexion et m'aide à prendre une décision médicale.</i>
Médecin 5	- <i>Sortir de l'expérience et de l'intuition pour appliquer une médecine un peu plus scientifique et donc plus efficace.</i>
Médecin 6	- <i>Délivrer des soins qui apportent quelque chose de positif et qui ne sont pas nuisibles.</i> - <i>Améliorer le rapport coût/efficacité.</i>
Médecin 7	- <i>Avoir une base sur laquelle je peux m'appuyer sans avoir trop à réfléchir puisque c'est valide. En fait, l'EBM simplifie les choses parfois.</i> - <i>C'est un argument en plus pour convaincre le patient d'adhérer à la démarche ou le traitement qu'on lui propose. Exemple, pour les veino toniques, ça fait des années que tout le monde dit qu'il n'y a aucune preuve de l'efficacité et j'ai l'impression que ça fait longtemps que je le dis à mes patients et bien le fait qu'on dise partout que ça ne sert à rien, et mes patients verront que je ne raconte pas que des bêtises.</i> - <i>Cela nous oblige à être plus critique et ça nous fait avancer, c'est un moteur.</i> - <i>Ça permet de minimiser la part de l'intuition et de l'art pour éviter de faire n'importe quoi et de donner un maximum de chance à nos patients.</i>
Médecin 8	- <i>Cela est nécessaire à la médecine générale mais non suffisant : tout ne se règle pas par l'EBM.</i> - <i>Cela m'empêche de me tromper et de me fier à ma seule expérience : par exemple, je ne prescris des PSA qu'aux patients qui me les demandent. Et bien ces 6 derniers mois, j'ai prescrit 3 fois des PSA et ces 3 patients ont eu un cancer de la prostate. Je serai tenté de dire qu'il faut faire des PSA de façon systématique si je ne me fie qu'à mon expérience. Hors, en lisant les études, ce n'est pas ce qui est recommandé. Cela confronte mon expérience aux données probantes de la science.</i>

Tableau 1 : Quels intérêts voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ? (Suite)

Médecin 9	- Cela simplifie la pratique et donc améliore la qualité des soins lorsqu'il y a des références claires dictées.
Collectif	<p>-Cela donne de la rigueur dans la pratique et permet de cadrer les choses</p> <p>-Cela empêche de se voiler la face.</p> <p>-C'est bien car on peut aussi le voir comme une arme en plus de notre propre expérience qui pourtant a encore un grand rôle. Moi je le vois comme une aide et il ne faudrait pas avoir prétention à tout régler dans l'EBM car alors on fermerait nos cabinets et mettraient des ordinateurs à la place.</p> <p>-C'est neutre et permet de donner une réponse valide à un problème donné grâce aux études sérieuses comme les méta analyses je crois ? Et ça permet de savoir où on va. On sait pourquoi il faut mettre ou ne pas mettre tel traitement plutôt que de le faire par habitudes ou recettes plus ou moins locales dont on ne connaît pas l'efficacité ni les risques.</p> <p>-C'est plus agréable pour un médecin d'avoir des preuves pour travailler.</p> <p>-La médecine devient un travail et non plus un sacerdoce.</p>

Tableau 2 : Quels inconvénients voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ?

Médecin 1	<i>-La médecine Générale ne peut se réduire à l'EBM. On ne peut pratiquer l'EBM tout le temps, je le vois comme une base solide de travail.</i>
Médecin 2	<i>- On va vers une standardisation mais c'est la rançon : on s'adresse à des individus différents et les réponses ne peuvent être standardisées. - On ressent une espèce de ras le bol en nous disant ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Et quand les politiques s'en mêlent, ça me gêne. L'HAS risque de se faire manger par la Sécurité Sociale et la frontière va disparaître j'ai l'impression.</i>
Médecin 3	<i>- Trouver les preuves - Avoir le réflexe d'aller chercher l'information.</i>
Médecin 4	<i>- Je pense que l'EBM intervient toujours dans ma décision et que c'est possible. J'ai besoin de références auxquelles j'adhère intellectuellement. Nous avons plein d'outils à disposition. Par exemple, le Vidal je le sous utilise et pourtant il y a dedans des informations valides que j'ignore.</i>
Médecin 5	<i>-pour moi, je ne vois pas d'inconvénient.</i>
Médecin 6	<i>- Il y a des éléments et de nouvelles molécules qui viennent tardivement et n'ont pas encore fait leur preuve : c'est dès fois un manque à gagner pour le patient. - Dès fois j'ai l'impression que tel ou tel traitement a l'air bien même s'il n'y a pas de preuve et ça marche dès fois alors je me dis qu'il ne faudrait pas toujours se baser sur les preuves. Il ne faut pas être trop strict.</i>
Médecin 7	<i>- On ne peut pas tout résoudre par l'EBM, et dans les domaines où il n'existe pas de preuves (en tout cas, là où je ne connais pas de preuve) que fait-on ? Notre cuisine ? - Dès fois, on fait notre petite sauce sans vraiment savoir et puis dès fois ça marche alors qu'en penser ? Pour certains RC (Résultats de consultations) je me sens démuni ou alors je ne suis pas assez motivé pour aller chercher toujours et encore, ça aussi, ça arrive.</i>
Médecin 8	<i>- Ce qui me gêne est que les organismes de Sécurité Sociale jettent un œil là dedans et le risque est que l'EBM devienne opposable : cela peut porter préjudice aux patients.</i>
Médecin 9	<i>- Il n'y a que 15% de la MG (Médecine Générale) qui est basée sur les preuves donc ça ne couvre pas tout. - De même, ça change et évolue très vite : on est vite hors course si l'on ne se met pas à jour au fur et à mesure. - Mais, l'intuition est importante mais elle est parfois nourrie de l'EBM et de notre propre connaissance...</i>

Tableau 2 : Quels inconvénients voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ? (Suite)

Collectif	<p>- Cela impose des carcans.</p> <p>-Cela empêche de voir les motifs de consultation déguisés : par exemple une personne peut venir pour une simple rhinopharyngite et en fait elle ne le vous dit pas tout de suite mais elle souffre d'un conflit avec ses enfants et le fait de se limiter à l'EBM vous empêche d'aller chercher plus loin et de se limiter purement et simplement au traitement de la rhinopharyngite. Cela peut détériorer la qualité relationnelle avec les patients. Les médecins ne sont pas des robots.</p> <p>-Se limiter à l'EBM empêche de faire une prise en charge globale et d'approfondir la consultation.</p> <p>-Cela nous place en porte à faux car notre conduite est écrite et non plus personnalisée.</p> <p>-C'est la standardisation de la médecine et ça me gêne parfois.</p> <p>-Cela discrédite les médecins : le médecin qui n'applique pas l'EBM passe pour un demeuré et je ne sais pas si on mérite ça. Quand le directeur de Prescrire est passé au journal de 13 heures en disant que les médecins prescrivaient la plupart du temps de la poudre de perlin pinpin ça m'a choqué.</p>
-----------	---

Tableau 3 : Pensez-vous qu'il est possible de pratiquer l'EBM en Médecine Générale et pourquoi ?

Médecin 1	<p>- <i>Oui mais pas tout le temps car il y a beaucoup de subjectivité en Médecine Générale et là je crois que l'EBM n'y a rien à faire. On ne peut pas pratiquer l'EBM 24heures sur 24.</i></p> <p>- <i>De même je ne crois pas qu'il existe des réponses sur toutes les questions qu'on se pose.</i></p>
Médecin 2	<p>- <i>On peut le faire jusqu'à un certain niveau mais il ne faut surtout pas tout encadrer dans l'EBM.</i></p> <p>- <i>Et puis cela dépend aussi de la personnalité du médecin. Il y a des médecins qui sont sûrs d'eux et qui imposent ceci ou cela en donnant la bonne parole à leur patient mais il y a d'autres médecins plus anxieux ou avec moins d'assurance qui prescrivent peut être plus facilement tel ou tel examen complémentaire mais je ne suis pas sûr qu'il faut leur jeter la pierre : les médecins ont aussi leur propre individualité que l'EBM ne prend pas en compte.</i></p>
Médecin 3	<p>- <i>Oui mais pas uniquement car il existe beaucoup de réponses à nos problèmes de haut niveau de preuve. Mais ce n'est pas suffisant.</i></p>
Médecin 4	<p>- <i>Oui je pense que l'EBM intervient toujours dans ma décision et que c'est possible. J'ai besoin de références auxquelles j'adhère intellectuellement.</i></p> <p>- <i>Nous avons plein d'outils à disposition. Par exemple, le Vidal je le sous utilise et pourtant il y a dedans des informations valides que j'ignore.</i></p>
Médecin 5	<p><i>Oui, j'essaie de le faire. On s'appuie sur un socle de connaissance mais ça ne fait pas tout. Je crois que l'EBM ne concerne pas tous les problèmes rencontrés en médecine générale mais je reste persuadé qu'il y a plus d'EBM qu'on ne veut bien le croire. Par exemple, pour les médicaments, on a des études sur presque toutes les molécules, les données sont plus ou moins valides mais il y a de l'EBM. Le Vidal est un livre de référence qui est sous-utilisé à mon sens. J'apprends encore des choses sur des médicaments que je prescris depuis pourtant des années en regardant dans le vidal.</i></p>
Médecin 6	<p><i>Oui mais pas de façon systématique.</i></p> <p><i>La clinique et la relation médecin malade jouent beaucoup là dedans et nous empêchent de pratiquer l'EBM.</i></p>
Médecin 7	<p><i>Oui, car il existe beaucoup de références. Je ne les connais pas toutes mais on peut quand même faire du bon boulot si on se donne du temps mais il faut se le donner. Exemple : j'ai vu les travaux de la SFMG, je crois que dans les 100 RC (Résultats de Consultation) les plus fréquemment trouvés, il existe pour environ 80 d'entre eux des références précises, c'est plutôt positif, ça mais il ne faut pas rester dans son coin et ça c'est pas évident quand on est médecin généraliste tout seul dans le fond de la Moselle.</i></p>
Médecin 8	<p><i>Oui parce que si l'on veut faire un travail de qualité, il doit reposer sur quelque chose de raisonné et de fondé. Faire de l'EBM est nécessaire mais pas suffisant.</i></p>

Tableau 3 : Pensez-vous qu'il est possible de pratiquer l'EBM en Médecine Générale et pourquoi ? (Suite)

Médecin 9	<i>Oui mais à 15% comme je viens de vous le dire. Mais on peut pratiquer comme l'EBM sans avoir les données de l'EBM c'est-à-dire garder une logique dans la démarche qui soit pertinente même s'il n'y a pas de références connues sur tel sujet.</i>
Collectif	<p><i>-Non, car on traite souvent des symptômes en éliminant des pathologies graves. Souvent, on ne fait pas un diagnostic précis à la fin de la consultation.</i></p> <p><i>-L'empathie fait-il partie de l'EBM ?</i></p> <p><i>-La psychothérapie ne fait pas partie de l'EBM car à ma connaissance il n'y a rien dans l'EBM à ce sujet.</i></p> <p><i>-Oui mais est-ce qu'on peut trouver des réponses valides à tous les symptômes dans l'EBM. Ça prendrait du temps ça. En médecine générale on a plus de RC (Résultats de Consultation) que de véritable diagnostic et ça c'est difficile</i></p> <p><i>-Pour moi ce n'est pas possible : je ne me vois pas dire à mes patients qu'ils ne sont pas malades même si je le pense et je ne me vois pas comment ne pas leur prescrire de médicament même s'ils ne sont là que pour parler !</i></p> <p><i>-Ca ne concerne pas tous les cas de médecine générale. Par exemple, pour un mal être, y a t-il des références avec un niveau de preuve élevé ?</i></p> <p><i>-Combien de jours d'arrêt de travail faut-il donner pour une angine s'il faut en donner, moi j'aimerais bien qu'il y ait une étude là-dessus ? Ca dépend du jour de la semaine où vient consulter le patient selon que l'on est lundi ou jeudi. Et est-ce que ça c'est de la médecine basée sur les preuves et pourtant, c'est le quotidien.</i></p> <p><i>-Moi, je pense que les arrêts de travail ne font pas partie de l'EBM car c'est trop subjectif. Je ne vois pas comment on pourrait cadrer en donnant un tel nombre de jours selon les pathologies car ça dépend trop du patient de son profil psychologique et de son travail mais aussi de l'état psychologique du médecin. Moi j'ai remarqué que je suis plus large sur les arrêts en fin de journée car je n'ai pas envie de batailler avec les patients et que j'ai envie de rentrer chez moi...</i></p> <p><i>-Avec la façon actuelle dont je travaille il n'est pas possible pour moi de toujours lire les derniers référentiels, de les comprendre et de prendre le temps de les appliquer aussi en consultation, je n'ai pas assez de temps. J'y ai déjà réfléchi, la seule solution que j'ai trouvée à ce jour est de faire des ordonnances pour plus de 3 mois à mes patients !</i></p>

Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ?

Médecin 1	<p><i>-Je ne peux croire une information sans savoir exactement d'où viennent les preuves. J'ai appris à être critique et ça devient difficile car il y a des flots d'informations de part et d'autres : je ne parle pas que des labos mais aussi de la sécu ou des politiques.</i></p> <p><i>-Pour moi le temps surtout le manque de temps rend difficile l'EBM mais j'avoue que c'est un faux problème : je pense qu'on peut toujours trouver une solution en consultant moins et en se motivant plus. Il faut se dire que la formation, les recherches et mises à jour font partie intégrante de notre travail qui ne se limite pas seulement à voir des gens en consultation.</i></p> <p><i>-Ce qui rend difficile l'EBM en médecine générale, c'est aussi l'information du patient. Exemple, j'ai fait une évaluation sur les thérapeutiques non médicamenteuses chez mes patients diabétiques de type 2 et j'ai eu la désagréable surprise de voir que mes patients diabétiques ne savent pas ce qu'est l'hémoglobine glycosylée alors que j'avais l'impression d'expliquer et de me faire comprendre.</i></p> <p><i>-Moi je n'ai pas honte d'utiliser un traitement symptomatique pour essayer au moins de soulager le patient même s'il n'y a pas de preuve de niveau élevé. Si je lis Prescrire, je ne prescris plus rien et ça me gêne car je me demande s'il ne faut quand même pas rester symptomatique. Et même si je ne fais pas d'homéopathie, je n'interdis pas mes patients d'en prendre si ça peut les soulager sans nuire. Ce qui est important est de savoir si un médicament est efficace et dangereux. Pour le remboursement, c'est une autre histoire.</i></p> <p><i>-L'informatique, c'est pas mon truc et je vois pourtant que c'est l'avenir.</i></p>
Médecin 2	<p><i>On passe notre temps à adapter ou tenter d'adapter telle recommandation dans notre pratique en fonction du contexte et c'est dur lorsqu'on est face à la pression des patients. Exemple, j'ai vu hier un patient avec une angine, cliniquement, ça m'avait l'air viral, je lui ai fait son TDR(test de diagnostic rapide) qui était négatif mais sa mère m'a fait un scandale en fin de consultation parce que le jeune passait son permis le lendemain et j'avoue que j'ai lâché prise en prescrivant un antibiotique parce que ni le patient ni sa maman n'étaient capables d'entendre ce que je leur disais et qu'ils étaient rentrés dans une angoisse de rater le permis à cause du médecin qui n'a pas prescrit les antibiotiques. C'est difficile d'expliquer au patient et de se faire comprendre. Les patients ne voient que leurs propres intérêts, ils veulent prendre zéro risque et dès fois nous aussi car la médecine n'est pas une science.</i></p> <p><i>-L'aura du médecin n'est plus aussi grande et ils ne nous croient plus sur parole.</i></p> <p><i>- Et la société de stress gagne du terrain avec obligation de résultat, parce que les gens viennent voir le médecin, ils doivent être à 100% de leur forme dès la sortie parce que ceci ou cela.</i></p> <p><i>- On a un manque de formation pour faire des recherches.</i></p>
Médecin 3	<p><i>- Aller chercher l'information valide et surtout la démarche pour aller chercher l'information.</i></p> <p><i>- Le temps mais c'est un peu un faux problème car il faut se le donner.</i></p>

Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ? (Suite)

Médecin 4	<p><i>-Pour moi c'est la difficulté de se mettre à jour au niveau des références.</i></p> <p><i>-Je dirai que notre pratique est comme un ruisseau qu'il faut traverser et qu'il y a des petits cailloux qui font surface pour nous aider à arriver de l'autre côté de la rive et ces cailloux ce sont les données de l'EBM et ça évite de se mouiller les pieds. Le problème est qu'il n'y a pas beaucoup de cailloux et que mes pieds sont toujours mouillés. L'EBM est un outil de qualité mais tous les problèmes rencontrés ne se résolvent pas par l'EBM et c'est dommage.</i></p> <p><i>- Là je veux dire que c'est difficile de trouver une étude qui correspond exactement à mon patient. Je trouve facilement des données pour des situations standardisées mais dès qu'on cherche quelque chose d'un peu plus complexe, ça coince ou alors je ne sais pas où il faut chercher.</i></p> <p><i>-Une autre difficulté : c'est l'absence d'évaluation de certains traitements. Exemple, il me semble avoir lu que la vaccination BCG par multipuncture avait été supprimée en l'absence d'études valides sur une éventuelle efficacité. Ça veut dire qu'on ne fait plus de Monovax° parce qu'on ne sait pas si c'est réellement efficace mais ça ne veut pas dire que ce n'est pas efficace. Attention, il ne faut pas faire l'amalgame. Il manque des études sur certains produits et certains pensent que tel produit n'est pas efficace parce qu'il n'a pas fait ses preuves mais encore faut-il se donner la peine de l'étudier.</i></p>
Médecin 5	<p><i>-Faire partager la décision avec le patient surtout si la décision n'est pas conforme à l'image que le patient se fait. Avant de venir nous voir, les patients ont des attentes précises.</i></p> <p><i>-Internet est parfois difficile pour moi car j'ai accès à un tas de données mais c'est dur de trouver la réponse à la question qu'on se pose en temps réel. J'aime bien Internet pour faire des rappels de données en revanche.</i></p> <p><i>-Les textes en anglais car je ne maîtrise pas et j'ai peur des contresens.</i></p>
Médecin 6	<p><i>-On ne peut pas tout savoir sur tout et je suis persuadé d'ignorer des tas de choses.</i></p> <p><i>-Beaucoup de recommandations ne concernent pas la médecine générale et il faut faire le tri, cela prend du temps.</i></p> <p><i>-Le patient et son contexte : j'ai l'impression qu'ils nous donnent toujours une bonne raison de ne pas appliquer les recommandations. Dès fois, le patient ne veut pas entendre ce qu'on lui dit.</i></p> <p><i>-Il n'y a pas forcément de références là où on en a besoin.</i></p>
Médecin 7	<p><i>- La démarche médicale qu'on nous a apprise est totalement différente voire opposée à la démarche EBM, c'est comme si il fallait refaire notre éducation médicale: Il faut se faire violence et ne pas hésiter et pire toujours remettre en cause nos acquis qu'on croyait imparables et ça c'est dur. Ce n'est pas la démarche qu'on nous a apprise au début. Moi quand j'étais à la fac, on buvait aveuglément les paroles de nos professeurs (avec tout le respect que je leur dois) et c'était comme ça, je ne me voyais pas remettre en cause leurs recettes magiques et en plus, nous, on n'avait pas beaucoup de médicaments à notre disposition et on était bien content d'en avoir alors, s'il fallait les remettre en cause, je ne vous dis pas...</i></p>

Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ? (Suite)

Médecin 7	<p><i>-Les patients, il faudrait les rééduquer aussi : en Médecine Générale, j'ai l'impression qu'on passe trop de temps à faire de la médecine qui est loin d'être indispensable : je veux dire qu'on passe du temps à essayer de soigner pas exemple de la pathologie ORL avec nos poudres dont je doute de leur efficacité et c'est difficile de dire au patient qu'il faut juste donner du paracétamol. Peut-être manque-t-on parfois de courage ?</i></p> <p><i>- Les patients ont des attentes et dès fois, ils nous demandent même de prescrire telle ou telle chose alors comment faire pour toujours dire non en leur expliquant, ça prend du temps, de l'énergie surtout en fin de journée quand vous avez hâte de terminer la journée, vous n'avez pas envie de vous battre à tout bout de champ, j'avoue.</i></p> <p><i>-L'accès à une information validée est difficile car non seulement il faut la trouver mais en plus il faudrait se mettre à jour tout le temps. C'est une quête perpétuelle</i></p> <p><i>-Moi, au début en tant que médecin généraliste je pensais que ce n'était pas mon rôle de chercher les preuves car je croyais ça réservé aux spécialistes et aux hospitaliers, je me sentais en dessous de ça, je ne sais pas pourquoi. Mais je crois que ce n'est plus d'actualité et qu'on a une identité et un rôle mieux définis, en tout cas c'est ce que je ressens.</i></p> <p><i>-La complexité des recherches est un frein car ça démotive. Malgré 2 stages de recherches je ne me sens toujours pas vraiment à l'aise pour effectuer une recherche précise en un temps donné.</i></p>
Médecin 8	<p><i>- Le volume des publications qui sortent.</i></p> <p><i>- Prendre le temps de les lire</i></p> <p><i>- Le fait qu'on manque de résumés type EBM journal.</i></p> <p><i>- Revues de qualité payantes contrairement à celles qui délivrent une information douteuse et qui ne sont pas chères ! Il faudrait rendre gratuit les revues de qualité type EBM pour que chaque médecin ait accès à ces données contrairement à tout ce qu'on reçoit sans rien demander.</i></p> <p><i>- Le fait que l'EBM ne soit pas très connu ni développé encore.</i></p> <p><i>- Les études scientifiques sont toujours réalisées pour des gens qui ont un problème clinique donné. Or la plupart des situations cliniques sont complexes ce qui nous rend la tâche d'autant plus difficile. Le patient que j'ai en face de moi ne correspond jamais au type de patient de l'étude concernée.</i></p> <p><i>- L'anglais que je ne maîtrise pas.</i></p> <p><i>- Des questions qui restent sans réponse. Exemple : il y a quelque temps que j'essaie de trouver une étude sur le risque de ne pas faire d'accident vasculaire chez les personnes ayant un LDL supérieur à 2,3g non traitées. On ne sait pas. Pourquoi ? On aurait peut-être des surprises.</i></p> <p><i>- Je pense qu'on est au tout début de l'EBM et c'est très important pour la médecine générale et il y a un grand avenir là-dedans mais j'ai peur des dérives et que cela devienne opposable.</i></p>

Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ? (Suite)

Médecin 9	<p>- Le fait qu'il n'y ait pas beaucoup de références, l'accès difficile aux connaissances et la mise à jour.</p> <p>- Il existe aussi parfois des contradictions dans les études ou les référentiels : tantôt on lit qu'il faut vacciner les nourrissons dans la cuisse, tantôt dans la fesse, qui croire ? Et que faire ?</p>
Collectif	<p>- J'ai l'impression que l'EBM concerne plutôt les spécialistes. En médecine générale il y a beaucoup de motifs de consultation qui ne sont pas vraiment de l'ordre de la science et je me demande parfois s'il y a un intérêt à toujours chercher dans l'EBM.</p> <p>- L'accès aux données pour moi est difficile mais ce que je trouve de paradoxal c'est que les patients m'apprennent de plus en plus mon métier, ils vont voir sur internet avant de venir me voir. J'ai l'impression que les données sont plus accessibles aux patients que les programmes médicaux aux médecins !!!</p> <p>- Pour moi ce sont les patients et leur éducation, il faut du temps pour que ça rentre dans la tête des gens. Regardez en Allemagne il s'achètent leur pastille et psit psit pour leur rhume et c'est comme ça. Regardez en Ecosse où il y a un manque de médecins, dans la salle d'attente il y a des affichettes : « si tu as le rhume, passe ton chemin ». En France, le médecin qui ne prescrit rien pour un rhume va perdre un client, c'est la vérité. Le problème est qu'on est payé à l'acte en France.</p> <p>- C'est vrai et en plus, c'est moins difficile de soigner un rhume que de soigner une pathologie chronique.</p> <p>- Oui, moi si j'enlève tous les patients qui n'ont rien à faire dans mon cabinet je mets la clé sous la porte... Si on enlève toute la bobologie où il n'y a aucun traitement particulier à mettre, on devient très pauvre.</p> <p>- On manque de temps en étant payé à l'acte. Si j'étais salarié, je verrai moins de patients et peut-être aurais-je plus le temps de m'intéresser aux dernières découvertes.</p> <p>- C'est très évolutif et il faut perpétuellement se mettre à jour. Moi je me souviens que Professeur X me disait quand j'étais externe que si j'associais de la metformine avec de l'insuline, je tuais mon patient et que je ne serai jamais médecin ! Et bien nous y voilà pourtant !</p> <p>- On se base souvent sur notre expérience et non pas sur ce qui se sait dans le monde. Exemple la rhinopharyngite : les Anglo-saxons n'auraient pas plus de morbidité que nous et pourtant ils ne les traitent pas.</p> <p>- Je manque de temps pour faire des recherches.</p> <p>- Le problème de rémunération à l'acte qui fait qu'on néglige notre formation.</p>

**Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ?
(Suite)**

Collectif	<p>- Dès fois je me demande s'il y a un bénéfice pour mon exercice si je fais de recherches pour des pathologies rares. Par exemple, j'ai regardé l'autre jour les nouveautés pour le traitement de la SEP (sclérose en plaques) et bien j'ai mis 3 heures tout ça pour l'unique patiente de ma clientèle qui a cette pathologie là. Est-ce je dois investir autant de temps pour une seule patiente qui me paiera le même prix de consultation que celui qui a le rhume ? Est-ce qu'il faut changer notre système actuel et faire comme en Allemagne avec des actes à valeur variable ?</p> <p>- Moi je ne suis pas d'accord car ça devient compliqué : regarder avec les consultations du nourrisson où il faut vérifier si l'enfant a + ou - de 2 ans... Pour les gardes, moi je me plante à chaque fois dans la cotation pour les actes.</p> <p>- Cela prend beaucoup de temps si on veut vraiment expliquer aux gens : j'ai passé plus de $\frac{3}{4}$ heure à expliquer à un patient diabétique les objectifs du LDL en fonction de ses facteurs de risque et il me demandait comment il pouvait faire pour avoir zéro facteur de risque car il ne voulait pas faire de régime !</p>
-----------	--

Tableau 5 : Pensez-vous que les médecins généralistes actuellement ont la compétence pour interpréter une étude scientifique ?

Médecin 1	<i>-Moi je n'ai pas la compétence et je pense que c'est la même chose pour mes confrères. J'ai l'habitude de voir un peu des mots d'épidémiologie que je pense connaître mais ce n'est pas ça qui me bloque mais plutôt que je ne sais pas interpréter une étude. -Pour les recherches je connais les sites mais j'ai beaucoup de mal à y faire des recherches. Par exemple pour l'HAS, je n'ai encore jamais réussi à télécharger un référentiel !!</i>
Médecin 2	<i>Non car on ne l'a jamais appris.</i>
Médecin 3	<i>Non car on ne l'a jamais appris à la faculté. On nous a appris à apprendre sans critiquer</i>
Médecin 4	<i>Non même si on a quelque repères, nous n'avons pas été formé pour ça et je crois que ça ne fait pas partie de notre rôle. On est là pour soigner et d'autres sont chargés de nous trouver les bons produits ou la bonne méthode, il faut déléguer !!</i>
Médecin 5	<i>Non mais ce n'est pas si grave, il faut juste savoir qu'on ne sait pas interpréter une étude. C'est trop compliqué pour ne pas se tromper et il y a d'autres personnes qui sont là pour le faire à ma place et c'est tant mieux.</i>
Médecin 6	<i>Non je ne crois pas car je n'ai pas l'impression d'être plus idiot que mes confrères et moi je n'ai pas la compétence (mais de raisonner de cette façon ce n'est pas de l'EBM car je me fie sur ma propre expérience !!!) On ne nous a jamais appris à la fac.</i>
Médecin 7	<i>Non je ne pense pas et on ne pratique pas l'interprétation d'étude, on nous donne des notions mais de là à savoir interpréter, non mais est-ce que c'est vraiment notre rôle ? Notre rôle est de savoir qu'il y a différents types d'études, d'être averti qu'il ne faut pas se laisser berné et d'en prendre conscience. On a assez de travail comme ça !</i>
Médecin 8	<i>Actuellement, je ne pense pas. Mais si les médecins se foulent un peu en se formant, ils pourraient l'acquérir. Ce n'est pas notre rôle d'interpréter les études je dois juste faire confiance à ce que je lis.</i>
Médecin 9	<i>Oui, 1/3 des médecins car on l'a appris à la fac !</i>

Tableau 5 : Pensez-vous que les médecins généralistes actuellement ont la compétence pour interpréter une étude scientifique ? (Suite)

Collectif	<p><i>Non car je n'ai jamais vraiment appris à en lire une en entier car il y a beaucoup de mots et de méthodes que je ne maîtrise pas.</i></p> <p><i>-Je vais parfois faire des recherches sur google et j'arrive à avoir des informations que je trouve tout aussi valides que sur des sites médicaux compliqués en anglais.</i></p> <p><i>-Non car on n'a jamais eu cette notion à la fac. Moi je m'y intéresse peu et lis surtout les conclusions. Je ne sais pas interpréter.</i></p> <p><i>-Non et je ne veux pas savoir. J'estime que ce n'est pas notre rôle mais le problème est qu'on est obligé de les croire sur paroles et on ne peut vérifier car on ne sait pas vérifier.</i></p> <p><i>-Non, ce n'est pas notre rôle. Nous, on est face au malade mais on doit avoir accès aux conclusions, c'est tout.</i></p> <p><i>-Moi je suis plus jeune (thèse en 2003) et on nous a parlé de l'EBM à la fac et je pense qu'on nous a appris qu'il fallait être critique. Moi j'essaie de faire attention à la base de l'étude.</i></p> <p><i>-Moi, je ne comprends pas et ne sais pas interpréter une étude.</i></p> <p><i>-Les méta analyses, même les labos nous en parlent mais je ne vois pas trop ce que c'est.</i></p> <p><i>-Avant on ne remettait pas en cause les traitements ou les méthodes diagnostiques car il y en avait peu et on n'avait que ceux-là à se mettre sous la dent !</i></p>
-----------	--

Tableau 6 : Que pensez-vous des recommandations et des référentiels ?

Médecin 1	<p><i>C'est bien. Je crois qu'il faut accepter que notre autonomie de prescription soit restreinte mais c'est pour le bien du patient. Les référentiels au contraire ne dévaluent pas l'art médical car les référentiels sont le fruit des études et c'est la réalité. Après si je ne respecte pas à la lettre un référentiel c'est que j'ai de bonnes raisons en fonction du contexte & environnement du patient et c'est le plus important pour moi.</i></p> <p><i>Les référentiels nous donnent une protection juridique. Si dans 20 ans un de mes patients fait un AVC dû à son hypertension qui date d'aujourd'hui et si je respecte aujourd'hui les données actuelles de la science alors cela ne peut être que positif.</i></p> <p><i>A mon avis il n'y a pas beaucoup de retard sur les dernières molécules. Ce qui est plus problématique à mon avis est d'actualiser ses connaissances ! Je trouve les référentiels longs, je pense qu'ils devraient être plus pratiques et plus accessibles. Il devrait y avoir systématiquement un résumé.</i></p>
Médecin 2	<p><i>Ils sont une réelle aide dans notre pratique</i></p>
Médecin 3	<p><i>C'est une réelle aide. Ils nous aident à nous remettre en cause en permanence.</i></p> <p><i>Ils nous aident à nous justifier : avec la pub qu'il y a actuellement, tous mes patients me demandent de faire des PSA à partir de 50 ans et moi je me réfère aux recommandations et ça permet d'avoir des arguments et d'expliquer au patient.</i></p>
Médecin 4	<p><i>C'est une aide</i></p> <p><i>L'évaluation des pratiques m'incite à respecter les référentiels mais pas l'obligation. Je ne suis plus étudiante.</i></p>
Médecin 5	<p><i>C'est une aide et le fruit d'un énorme travail. Ça m'aide et je le vois comme une conduite conseillée.</i></p> <p><i>Les référentiels et recommandations sont un plus fantastique dans ma pratique quand je compare à avant quand cela n'existait pas.</i></p>
Médecin 6	<p><i>C'est nouveau et c'est bienvenu car ils nous aident réellement mais j'aimerais qu'ils restent indépendants de la sécurité sociale de la justice et des politiques.</i></p> <p><i>Le mot HAS me gêne, surtout le mot autorité car j'ai l'impression que lorsque j'en parle à mes patients ils croient que l'Autorité vient du pouvoir donc des politiques... J'aimais mieux ANAES avant...</i></p> <p><i>Le problème que j'ai découvert il n'y a pas longtemps mais mieux vaut tard que jamais est qu'il n'existe pas d'harmonisation entre les AMM et les recommandations. Actuellement, je me demande à quoi servent les AMM.</i></p> <p><i>Ça m'embête car certains patients ou mêmes médecins je suis sûr s'arrêtent à l'AMM et croient que ce sont les recommandations...</i></p>

Tableau 6 : Que pensez-vous des recommandations et des référentiels ? (Suite)

Médecin 7	<p><i>Globalement je dirais que c'est bien dans le sens où ça me simplifie la pratique.</i></p> <p><i>Cependant je crois qu'il ne faut pas raisonner toujours référentiel même si on peut toujours trouver telle référence dans tel cas... Il n'y a pas que ça. Moi je veux que les référentiels restent référentiels sans devenir opposables car je les vois comme un guide ou comme une ligne de conduite dont il ne faut pas trop s'éloigner. En médecine il y a d'autres paramètres qui rentrent en ligne de compte : contexte du malade et en médecine de campagne cela prend beaucoup de place alors ne devenons pas des applicateurs de référentiels sans réfléchir. Moi j'essaie de respecter les référentiels le plus possible mais je fais toujours en fonction du contexte du patient, ça reste de l'EBM, non ?</i></p> <p><i>-C'est bien aussi car souvent les patients aiment aussi les référentiels et c'est une preuve qu'on ne leur raconte pas n'importe quoi. Il ne faut pas hésiter à leur en parler pour les impliquer car ils ont leur rôle à jouer.</i></p>
Médecin 8	<p><i>C'est très bien et intéressant mais après j'en fais ce que j'en veux ! Tout ne m'intéresse pas dans les référentiels car il y en a qui ne me concerne pas. En général, c'est très sérieux et l'objectif des référentiels est d'aider la profession et ils le font bien.</i></p> <p><i>-Là encore je dis attention si les référentiels deviennent opposables. Exemple : Le THS (traitement hormonal substitutif de la ménopause) n'a pas les mêmes indications ni contre-indications aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Doit-on sanctionner un médecin parce qu'il n'a pas respecté à un moment donné une recommandation si on s'aperçoit que 10 plus tard il avait raison ?</i></p>
Médecin 9	<p><i>C'est bien. Mais ce qui me gêne est que les spécialités médicales sont opposées à l'EBM, je pense notamment aux ORL. Moi je me dois d'être déontologique et de ne pas dire à mon patient que tel confrère n'est pas dans l'EBM et ça peut être un frein.</i></p>

Tableau 6 : Que pensez-vous des recommandations et des référentiels ? (Suite)

Collectif	<p><i>-J'ai l'impression que les études sont en retard car ils ne prennent pas en compte les nouvelles molécules qui n'ont pas eu le temps de faire leur preuve encore et j'ai peur de faire perdre des chances à mes patients et qu'ils me le reprochent. Pourquoi doit-on attendre d'avoir des preuves ?</i></p> <p><i>-Est-ce qu'on trouve des études sur les petits bobos qu'on voit quotidiennement ? Moi je ne sais pas si ça vaut le coup de regarder du moment qu'on arrive à résoudre les problèmes soi-même.</i></p> <p><i>-C'est bien pour les pathologies bien codifiées telles que le diabète ou l'HTA car il y a une réelle cohérence et c'est facile à appliquer et je pense que c'est mieux pour le suivi et donc la bonne santé des patients.</i></p> <p><i>-C'est important de nos jours car je crois que ce sont l'une des uniques synthèses sur lesquelles on peut vraiment se reposer et tant mieux s'il existe un référentiel pour le problème rencontré. De temps en temps cela fait du bien de ne pas se poser trop de questions et d'avoir des réponses toutes faites.</i></p> <p><i>-Moi je pense que les référentiels devraient concerner tout le monde. Les Professeurs ne les appliquent pas ou très peu au quotidien. Dès fois je vois un malade revenir de l'hôpital avec tel traitement et puis ça n'est pas du tout en accord avec les référentiels, en tous cas ceux que je connais !!! Les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde ? Ce n'est pas pour dire qu'ils ont raison ou tort mais c'est choquant et je pense que l'Hôpital devrait le premier respecter ces référentiels car c'est à lui de montrer l'exemple. C'est à l'Hôpital qu'on devrait avoir le plus accès aux référentiels !!!</i></p> <p><i>-Ils sont une réelle aide dans mon exercice pour actualiser mes connaissances et voir que je suis « dans le coup », moi qui exerce seul dans ma campagne !</i></p> <p><i>-Ils nous obligent à actualiser nos connaissances. J'ai l'impression qu'avant les référentiels, les vieilles recettes se faisaient encore alors que maintenant il faut suivre son temps.</i></p> <p><i>-J'aime bien le côté éducatif des référentiels mais le côté répressif me fait peur et il ne faut pas que ce soit répressif. J'ai peur que l'HAS dérive et qu'après, ils s'associent à la sécurité sociale. Après le pouvoir des labos, j'ai l'impression que c'est la sécu (Sécurité Sociale) qui prend le pouvoir !</i></p> <p><i>-Oui pour l'instant les recommandations de l'ANAES ne sont pas opposables, n'est-ce pas ? Mais à l'avenir ? Il suffirait juste de changer la loi... Moi je vois le référentiel comme un ligne de bonne conduite mais j'aime pas le côté obligation.</i></p>
-----------	--

Tableau 7 : Que pensez-vous de la formation des généralistes tant au niveau de la FMI (Formation médicale initiale) que de la FMC (formation médicale continue) en matière d'EBM ?

Médecin 1	<p><i>Moi à la fac, on ne m'a pas appris qu'un traitement pouvait évoluer. J'ai le souvenir que c'était figé.</i></p> <p><i>Pour les FMC, cela dépend de celles qu'on choisit. Plus on parle de la pratique et du terrain et plus les informations délivrées sont claires et transparentes, mieux c'est. Ce qui m'irrite aux FMC, c'est quand un médecin dit qu'il faut adopter telle attitude parce que lui-même le fait. Il faut se méfier de l'expérience des autres et être critique.</i></p>
Médecin 2	<p><i>Moi je n'ai jamais entendu parler d'EBM car cela n'existait pas. En matière de formation continue la Moselle a une association composée de gens dynamiques qui permet d'avoir des formations de qualité</i></p>
Médecin 3	<p><i>A la faculté, je n'en ai jamais entendu parler, l'EBM n'existait pas. Après il faut choisir ses FMC, tout dépend ce que recherche les médecins. Moi je trouve que les groupes de pairs permettent d'échanger les informations glanées.</i></p> <p><i>Il faut que les FMC soient organisées par des gens qui connaissent bien les problèmes et difficultés des médecins participants, c'est primordial, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas qu'elle soit organisée par les spécialistes ou la faculté mais les généralistes n'ont plus besoin de cours magistraux.</i></p>
Médecin 4	<p><i>Ma FMI est trop ancienne pour y avoir appris l'EBM.</i></p> <p><i>Pour les FMC il y a tout et son contraire actuellement. Une FMC de qualité pour moi doit être transparente, doit annoncer les conflits d'intérêts et doit s'adapter aux conditions d'exercice des praticiens participant à la FMC, c'est très important. Si le contenu de l'information est construit en fonction de l'exercice, les gens (participants) seront d'une part plus intéressés et capables de critiquer plus facilement. J'aime bien la notion d'Expert Généraliste sans pour autant faire bande à part mais il faut des généralistes car ils connaissent mieux nos questions j'ai l'impression par rapport aux spécialistes même si les spécialistes connaissent les réponses. Les spécialistes connaissent-ils l'EBM ?</i></p>
Médecin 5	<p><i>-Au niveau de la FMI, je ne pense pas, ça fait trop loin. Pour les FMC cela dépend vraiment de ce qu'on fait, comme toujours. Et je pense que je les choisis en fonction de la qualité des informations que j'y apprend :</i></p> <p><i>-Je suis accroc du test de lecture prescrire. Pour moi j'avoue que c'est une petite fierté d'être sur la liste des lecteurs émérites. Et maintenant, je fais tout pour y rester (la honte vis-à-vis de mes collègues le jour où je n'y serai plus !). Cela aide aussi à la mémorisation car il y a des questions sur des sujets qu'on n'irait pas voir spontanément.</i></p> <p><i>-le groupe de pair : car effet de groupe qui donne élan et entraînement et envie de chercher pour répondre aux questions. Là aussi il y a un petit challenge quand il faut trouver la réponse pour ses camarades, comme des devoirs à faire pour un écolier.</i></p> <p><i>-Le CD Rom Prescrire sans vouloir les re-citer : c'est très facile et très rentable : on sait tout de suite avec le système de recherche s'il y a un article sur le sujet souhaité.</i></p>

Tableau 7 : Que pensez-vous de la formation des généralistes tant au niveau de la FMI que de la FMC en matière d'EBM ? (Suite)

Médecin 6	<p><i>Moi je n'ai jamais entendu parler de l'EBM. Et en plus j'avais l'impression que la thérapeutique n'était pas une priorité à la faculté, l'accent était mis sur la clinique et le diagnostic.</i></p> <p><i>-Pour les FMC oui auxquelles je participe !</i></p> <p><i>Groupe de pair bien sûr non pas pour renchérir mais c'est une réelle aide pour moi car le groupe cogite et on se pose les vraies questions je veux dire que cela correspond à mes problèmes.</i></p>
Médecin 7	<p><i>Ma FMI est trop ancienne et je n'ai jamais entendu parler de ce mot là !! On n'avait pas beaucoup de médicaments et on apprenait ce qui se faisait dans « le coin » par le professeur Untel... Et en plus on ne savait pas parler anglais ni mêmes nos professeurs je suis sûr !!!</i></p> <p><i>-Pour les FMC, on peut trouver de tout. Pour moi, je choisis des FMC qui m'apportent quelque chose et j'ai arrêté d'aller dîner un soir avec les copains aux frais des firmes pharmaceutiques il y a bien longtemps. Le groupe de pair est pour moi une richesse et c'est là que j'apprends le plus car ils ont les mêmes problèmes que moi et ils ont les mêmes moyens pour les résoudre (au niveau local).</i></p> <p><i>Je considère le Test de Lecture Prescrire comme une FMC car il m'oblige à aller lire des articles que je n'aurais jamais lus s'il n'y avait pas de question là-dessus !!! C'est un peu scolaire mais on dirait que j'ai encore besoin de ça à mon âge (rires)</i></p>
Médecin 8	<p><i>Pour ma propre FMI, je ne sais plus trop. Maintenant, ça a l'air mieux. Pour ce qui est des FMC, au niveau de l'Ammpu, on fait pas mal de bonnes choses mais pour le reste, je veux dire les soirées labos, je ne considère pas ça comme de la FMC. Je considère la Revue Prescrire comme une FMC de qualité. Je fais partie des plus anciens fidèles puisque je suis abonné depuis le numéro 1 !</i></p>
Médecin 9	<p><i>Moi je n'ai jamais eu de formation à la faculté sur l'EBM. Mais ça change depuis 5 ans environ, ça se fait en 3^{ème} cycle.</i></p> <p><i>Pour les FMC de Lorraine, on semble bien lotti. Nos FMC sont évaluées et je pense que c'est bien.</i></p>
Collectif	<p><i>-Moi je dirais que les patients nous apprennent aussi notre métier en nous tenant informé car maintenant je trouve qu'ils vont souvent voir sur internet avant nous.</i></p> <p><i>-Moi je me méfie des FMC car j'ai l'impression que ce sont des recettes locales. Exemple pour le cancer de la prostate, on nous a dit qu'il fallait faire des PSA à tous les hommes de plus de 50 ans et bien ce n'est pas ce que disent les canadiens ! Il ne faut pas se limiter aux données françaises et avoir des FMC crédibles mais comment ?</i></p> <p><i>-Moi je trouve que notre problème est de toujours vouloir donner une ordonnance au patient. On a énormément de problème à faire sortir les gens sans rien. Si je prends mes consultations d'aujourd'hui, j'avoue que j'ai prescrit des brouilles et en plus je ne sais même pas si c'est bon pour eux.</i></p> <p><i>-Pour la formation continue, la revue Prescrire est enrichissante mais elle parle de beaucoup de molécules telles chimiothérapies que les médecins généralistes ne prescrivent jamais.</i></p>

Tableau 8 : Quel crédit portez-vous sur les études produites par les firmes pharmaceutiques ?

Médecin 1	<p><i>-Ils nous mentent. Ils nous montrent uniquement ce qui les arrangent et retiennent les études qui sont en leur faveur.</i></p> <p><i>-Je suis très méfiant et je les reçois de moins en moins au cabinet. Je fais attention aux méta analyses, aux biais exploitables, aux critères d'inclusion et l'hypothèse de départ mais je suis toujours septique car je me sens enfumé par l'industrie pharmaceutique. Il y a souvent des études avec lesquelles je ne suis pas d'accord.</i></p> <p><i>-Le niveau SMR (Service Médical Rendu) est critiquable et je me demande si c'est un bon reflet, j'attends voir ce que va devenir le SMR. En tous cas, dans les AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), il y a des incohérences à mon avis.</i></p>
Médecin 2	<p><i>Je ne sais pas. J'aimerais avoir toutes les études des labos et qu'elles aient toutes une conclusion</i></p>
Médecin 3	<p><i>Aucun crédit surtout quand l'étude est présentée par un visiteur médical. Je le considère comme les revues qu'on reçoit gratuitement : là il y a des économies à faire entre les bouts de papiers et les blablateries !</i></p> <p><i>Par contre je sais qu'il y a des études valides financées par des laboratoires mais ce n'est pas aux laboratoires des les interpréter, j'y suis vigilant. Et on ne parle jamais des études arrêtées prématurément par les laboratoires quand elles sont défavorables aux molécules étudiées !!!</i></p>
Médecin 4	<p><i>Aucun crédit car pour moi labo=marketing mais suis-je critique en disant ça ? Est-ce que je ne me fais pas influencer par Revue Prescrire ?</i></p>
Médecin 5	<p><i>A partir du moment où je sais que je ne sais pas interpréter une étude je me méfie toujours quand j'en vois une... Il est vrai qu'il y a eu des études remarquables faites par des laboratoires et il y en aura plein mais méfiance... Moi, j'essaie de faire attention à ceux qui l'interprètent et je ne porte aucun crédit aux visiteurs médicaux car ils ne sont pas impartiaux par définition et c'est pour cette raison que je ne les reçois plus.</i></p>
Médecin 6	<p><i>-Ils ne montrent pas tout et c'est ce qui me gêne. Mais bon, c'est quand même grâce à eux que parfois il y a de réelles découvertes et avancées et puis ça donne matière et du fil à retordre à la revue Prescrire</i></p>
Médecin 7	<p><i>Aucun, moi je sais que je ne sais pas interpréter les études. C'est pour ça que j'ai arrêté de recevoir les labos et je me fie à Prescrire (c'est leur boulot). Mais si une étude est jugée de qualité mais a été financée par un laboratoire (ce qui est souvent le cas) ça ne me gêne pas.</i></p>
Médecin 8	<p><i>Aucun, enfin, je ne sais pas : il y a certainement des études financées par des labos bien faites mais je me méfie à partir du moment où la conclusion de l'étude est faite par le labo en lui-même.</i></p>
Médecin 9	<p><i>Aucun.</i></p>
Collectif	<p><i>Ca dépend des labos. Des fois, c'est crédible.</i></p> <p><i>-Souvent, les labos visent le marketing et non pas les preuves...</i></p> <p><i>-C'est au médecin de faire le tri mais je regarde ce qu'ils me présentent.</i></p>

Tableau 9 : A votre avis qu'est-ce qui facilite l'utilisation de l'EBM en Médecine Générale ?

Médecin 1	<p>-Les instances neutres telles l'HAS qui donnent une démarche de réflexion et de synthèse et sont à l'origine des référentiels.</p> <p>-Le petit bonhomme « Gaspard » dans la revue Prescrire qui m'aide à repérer les niveaux.</p> <p>-Une façon de penser en étant critique. C'est la démarche.</p>
Médecin 2	<p>-L'outil informatique</p> <p>-les synthèses et référentiels recommandations</p> <p>-les groupes de pairs : on « nous rappelle à l'ordre »</p> <p>-les remboursements ne m'aident pas, ils m'embêtent. Les patients qui ont mal à la gorge et qui vont à la pharmacie chercher leur pastilles à je ne sais combien d'euros la boîte, c'est une honte. Moi je préfère qu'ils aillent chercher leurs bonbons au miel chez Leclerc !</p>
Médecin 3	<p>-Organiser une FMC, j'organise bientôt une soirée de FMC sur les recommandations et ça m'oblige à prendre le temps de les lire et à les comprendre (rires). Et pour moi ça m'oblige car je n'ai plus le choix maintenant que je me suis engagé !!</p>
Médecin 4	<p>-Internet rend plus facile l'EBM, c'est une richesse incroyable et inespérée pour moi.</p> <p>-Lire la Revue Prescrire, j'ai le sentiment que c'est une information valide.</p> <p>-Test de lecture type Prescrire c'est un challenge et je ne le vois pas comme examen mais plutôt comme un jeu une grille de mots croisés et j'aime bien réussir à répondre à toutes les questions. Ca m'oblige à aller lire les articles qui ne m'ont pas intéressés mais qui font l'objet de questions.</p>
Médecin 5	<p>Les recommandations en général</p> <p>Le CD rom Prescrire</p>
Médecin 6	<p>-internet au cabinet est une facilitation car il m'arrive d'avoir des temps morts dans la journée et c'est là que j'ai envie d'aller chercher les informations plutôt que le soir quand je rentre chez moi.</p> <p>-Les séminaires indemnisés</p> <p>-groupes de pairs</p> <p>-Des formations où il y a quelqu'un qui fait le garde fou et vérifie que l'information délivrée s'appuie sur des preuves.</p> <p>-Se rappeler que nous sommes redevables des deniers de la sécurité sociale et que nous n'avons pas à prescrire n'importe quoi n'importe comment.</p>
Médecin 7	<p>- Ma formation continue cela m'a fait prendre conscience de l'existence des niveaux de preuve et m'a appris à être plus critique : Groupe de pairs, Organisation de soirée d'actualité dans le secteur : cela oblige à se mettre à jour et le Test de Lecture Prescrire bien sûr.</p> <p>-Evaluation des pratiques. La démarche d'évaluation nous impose de nous poser des questions sur ce qu'on fait et ça incite à ne pas faire n'importe quoi (dès fois, c'est tentant de faire n'importe quoi !!!)</p> <p>-Internet, l'ordinateur qui permet un accès plus facile des données.</p>
Médecin 8	<p>-référentiels</p> <p>-mailing</p>

Tableau 9 : A votre avis qu'est-ce qui facilite l'utilisation de l'EBM en Médecine Générale ? (Suite)

Médecin 9	<p><i>-pour moi : le fait d'avoir un stagiaire : cela m'oblige à ne pas raconter ni faire n'importe quoi.</i></p> <p><i>-L'obligation de formation continue et d'évaluation.</i></p>
Collectif	<p><i>-Les remboursements : je ne prescris plus de fluidifiant non pas parce que ça ne sert à rien ou qu'on n'a pas assez de preuve mais tout simplement parce que ce n'est plus remboursé et que les mères ne me le réclament plus pour la rhinopharyngite de leur petit dernier !!</i></p> <p><i>-Le parcours de soin peut avoir du bon à partir du moment où il est respecté : par exemple si je ne prescris rien pour une pathologie donnée, les gens seront moins tentés d'aller courir voir le spécialiste qui va évidemment leur prescrire un grande liste...Et bien si le parcours est respecté, ça peut être bien mais les gens peuvent passer outre s'ils paient et ça, c'est pas bien.</i></p>

Tableau 10 : Qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise pour « pratiquer l'EBM » au quotidien ? (Formations, outils, autres ?)

Médecin 1	<p><i>Un bon livre papier qui ne reviendrait pas plus cher que toutes les feuilles de choux que je reçois gratuitement sans rien demander. Moi je préfère le papier et j'ai un gros problème avec l'informatique.</i></p> <p><i>-Faire des résumés de référentiels en laissant un lien pour pouvoir aller voir sur quoi ils se basent pour celui qui est intéressé.</i></p> <p><i>-Moi je dis attention aux alarmes informatiques car cela ne nous incitera pas à aller chercher pourquoi ni à critiquer les références car cela nous viendrait « tout mâché » sur notre écran.</i></p>
Médecin 2	<p><i>-Qu'on explique mieux et que l'HAS reste transparente et cohérente : je reste toujours interrogatif quand je vois que les fluidifiants sont dé remboursés pour faire des économies (c'est la raison invoquée par l'HAS) et aussi parce qu'ils n'ont pas montré leur preuve (je suis d'accord avec cela) et qu'à côté des médicaments beaucoup plus coûteux aux effets improbables tels que certains interférons ou chimiothérapies sont encore remboursés, je m'interroge et je trouve que ce n'est pas cohérent. Il faudrait prendre les bonnes décisions. Si l'homéopathie n'a pas fait ses preuves, alors pourquoi rembourser les consultations d'homéopathes ???</i></p> <p><i>Moi j'ai envie de bien travailler mais encore faut-il rester cohérent !! Je suis attentif à l'évolution du SMR et j'attends voir ce qu'il va devenir ! J'ai peur que l'HAS détournent les petites prises en charge au profit d'autres mais j'espère qu'il y aura des résultats positifs au final.</i></p> <p><i>-Maîtrise de l'outil informatique et pratique de l'internet.</i></p> <p><i>-Formation en recherche de données valides.</i></p> <p><i>-Formation médicale continue plus formatrice : je veux dire qu'actuellement j'ai l'impression d'être évalué lors des FMC et je n'ai pas toujours la sensation d'avoir appris quelque chose au final et ça me gêne. Moi je sens que j'ai besoin de formation et les thèmes des FMC ne correspondent pas toujours à mes besoins. Exemple, ma dernière réunion parlait de la polyarthrite rhumatoïde et le rhumatologue qui animait a parlé les ¾ du temps du méthotrexate ce qui est important je le conçois mais moi je n'avais pas besoin de cela mais plutôt qu'on me parle de l'accompagnement au quotidien, de l'intérêt de rajouter ou non des anti douleurs ou de proposer un aménagement du poste de travail selon le cas etc.</i></p> <p><i>-Il faudrait qu'on s'organise différemment : l'association entre médecins facilite la gestion du temps et l'échange d'information, c'est important.</i></p>
Médecin 3	<p><i>Une meilleure organisation de la profession. Il faut qu'on se bouge et c'est dur.</i></p> <p><i>L'outil informatique est pour moi ce qui nous fera avancer plus vite et plus efficacement.</i></p>
Médecin 4	<p><i>Qu'il y ait plus de travaux de recherches mais faits par des représentants de la profession mais je crois que cela bouge dans ce sens et c'est tant mieux.</i></p>

Tableau 10 : Qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise pour « pratiquer l'EBM » au quotidien ? (Formations, outils, autres ?) (Suite)

Médecin 5	<i>Il me faudrait encore une formation informatique pour pouvoir mieux utilisé un logiciel médical. Moi j'aimerais un outil avec un lien direct avec le dossier informatique du patient pour avoir accès pendant la consultation à des arbres décisionnels. Ce n'est pas que je ne connais pas les recommandations, c'est que je « pratiquerai mieux l'EBM » si je pouvais consulter rapidement les informations pour me remémorer. Je ne souhaite pas de recommandations plus simples, ce qui existe est suffisant et plus on simplifie plus c'est faux (attention aux raccourcis des recommandations).</i>
Médecin 6	<i>Avoir l'ADSL au cabinet pour encore aller plus vite. -Que les médecins spécialistes suivent aussi les recommandations. Je sais que les normes de cholestérolémie aux Etats-Unis sont différentes des nôtres mais certains spécialistes ont l'air d'en appliquer d'autres ici.</i>
Médecin 7	<i>Une reconnaissance de nos efforts pour travailler dans un esprit EBM. Je ne sais pas exactement sous quelle forme. Bon, j'ai bien mon étiquette de lecteur émérite de Prescrire mais pour moi ce n'est pas suffisant. J'ai l'impression de me casser la tête à chercher et à faire ou ne pas faire ceci ou cela parce que ceci ou cela et ça ne se voit pas. (Qui devrait le voir ? je ne sais pas) Les patients ne sont pas toujours reconnaissants. -J'aimerais une information qui doit plus accessible. -Informers les patients de + en + sur les preuves. Il faut lancer des spots pour dire que les poudres de perlin pinpin pour les veines ne servent à rien. Il faut leur dire que beaucoup de médicaments de confort sont dangereux pour eux... Ce n'est pas qu'à nous les généralistes, tout le monde est impliqué. -Faciliter l'accès sur des sites qui donnent des réponses rapidement. -Former les généralistes sur la recherche mais je crois que ça bouge à ce niveau. -Apprendre dès le début des études médicales la notion de niveau de preuve.</i>
Médecin 8	<i>-Ne pas rembourser des produits inefficaces. Il m'arrive de mentir à mes patients en leur disant que telle ou telle chose n'est pas remboursée et ça passe. -En revanche je ne suis pas toujours d'accord avec la notion de SMR car le patient n'a pas son mot à dire dans le SMR et c'est pour moi un critère très gênant. Si un patient dit être soulagé par un traitement homéopathique (SMR 4) et que je ne vois pas d'autre traitement plus pertinent alors je vais lui coller son homéopathie. -Rendre plus connu l'EBM pour nous aider à argumenter auprès du patient. Généraliser l'EBM -Il faudrait l'équivalent d'EBM journal en accès libre et gratuit pour tous. -« Informatiser les médecins et les internétiser » ! -Au sein de notre groupe, nous avons créé depuis quelques semaines une espèce de forum où chaque jour on peut poser une question et quelqu'un fait les recherches pour tout le monde : cela gagne du temps et de faire partager les connaissances !</i>

Tableau 10 : Qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise pour « pratiquer l'EBM » au quotidien ? (Formations, outils, autres ?) (Suite)

Médecin 9	<p><i>-Qu'il y ait plus de données valides concernant la Médecine Générale.</i></p> <p><i>-Il faudrait un outil informatique mis à disposition par le conseil de l'ordre par exemple pour avoir accès aux données. (banque de données)</i></p> <p><i>-il faudrait utiliser le dictionnaire de Résultats de consultation de la SFMG et que tout le monde l'utilise pour qu'on parle tous de la même chose et ainsi créer des liens directs avec référentiels grâce au logiciel médical.</i></p>
Collectif	<p><i>-Plus de temps pour la formation. Voir les patients 35 heures par semaine et le reste du temps on fait de la formation.</i></p> <p><i>-Il faudrait une reconnaissance style pancarte « médecin qui pratique l'EBM » devant notre cabinet !</i></p> <p><i>-Les politiques ont à prendre mieux leurs responsabilités mais comment ?</i></p> <p><i>-Reconnaissance financière pour se former et pratiquer l'EBM.</i></p> <p><i>-J'aimerais mieux maîtriser l'outil informatique</i></p> <p><i>-Un centre « 118 » de « renseignements médicaux » avec des téléopérateurs : on appelle et au bout du fil on a des médecins qui ont accès à tout et qui ne font que ça et qui nous répondent ensuite. Il faudrait que ce soit un centre indépendant des laboratoires et des politiques.</i></p> <p><i>-S'ouvrir sur ce que font les étrangers et ne pas se limiter à nos référentiels franco-français.</i></p>

VIII - TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	9
I - INTRODUCTION	11
II - MATERIEL ET METHODE	12
II-1- OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE	12
II-2- METHODE	12
II-2-A- Population visée	12
II-2-B- Les entretiens, l'exploitation des données	12
III - RESULTATS	13
III-1- La population étudiée, exploitation des données	13
III-1-A- Population étudiée	13
III-1-B- Exploitations des données	14
III-2- PERCEPTION DE L'EBM PAR LE MEDECIN GENERALISTE	14
III-2-A- Une perception positive de l'EBM et des référentiels par ces médecins généralistes	14
III-2-B- Les limites à l'EBM et des inquiétudes	15
III-2-C- Une perception de l'EBM en pleine évolution	16
III-3- Les difficultés pour pratiquer l'EBM et appliquer les recommandations	18
III-3-A- Les difficultés par rapport à l'EBM	18
III-3-B- Les difficultés d'application des recommandations	20
III-4 - Compétence des médecins généralistes pour la lecture des données de l'EBM.	21
III-5- Apport de la FMI et FMC pour une pratique EBM	22
III-6- De la méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques	23
III-7- Facilitations de l'EBM	24
III-8- LES BESOINS RESENTIS	24
III-8-A- Ces médecins demandaient :	24
III-8-B- Besoin de formations	25
Ils ressentaient des besoins de formations	25
III-8-C- Une meilleure organisation de la profession	25
Ils exprimaient le besoin d'une meilleure organisation de la profession :	25
III-8-D- Rôle de la société	26
Ils demandaient que la société intervienne	26
IV - DISCUSSION	27
La représentation du métier de généraliste comme avant tout un art et des spécialistes, médecins hospitaliers comme des scientifiques, était certainement un frein culturel important à la pénétration de l'EBM dans la médecine générale. Cette étude montre une évolution : ce frein ne concernait qu'une minorité.	28
L'EBM ne couvrait pas tout le champ de la médecine générale. La spécificité de ce champ rendait sa pratique délicate.	31
Des éléments intrinsèques à l'EBM étaient inadaptés aux conditions de la médecine générale.	33

La médecine générale s'est créée une identité ces 30 dernières années. Des structures, des outils ont vu le jour au sein de la profession, facteur de promotion de l'EBM.	34
Des faits survenus dans la société civile, des décisions prises par les responsables politiques étaient des facteurs de promotions de l'EBM. Ils étaient aussi facteurs de craintes.....	35
La formation, la compétence, l'accès à l'information et le manque de temps étaient 4 freins à la pratique de l'EBM dans l'exercice au quotidien de ces généralistes, comme dans les études étrangères.	36
Il émergeait de l'environnement de travail du généraliste de nouveaux freins.....	39
Les besoins pour pratiquer l'EBM dans l'exercice quotidien étaient en rapport avec les freins exprimés par les généralistes.....	39
V - CONCLUSION	43
VI - BIBLIOGRAPHIE	45
VII - TABLEAUX	47
Tableau 1 : Quels intérêts voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ?	47
Tableau 2 : Quels inconvénients voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ?	49
Tableau 3 : Pensez-vous qu'il est possible de pratiquer l'EBM en Médecine Générale et pourquoi ?	51
Tableau 4 : A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en Médecine Générale ?	53
Tableau 5 : Pensez-vous que les médecins généralistes actuellement ont la compétence pour interpréter une étude scientifique ?	58
Tableau 6 : Que pensez-vous des recommandations et des référentiels ?	60
Tableau 7 : Que pensez-vous de la formation des généralistes tant au niveau de la FMI (Formation médicale initiale) que de la FMC (formation médicale continue) en matière d'EBM ?	63
Tableau 8 : Quel crédit portez-vous sur les études produites par les firmes pharmaceutiques ?	65
Tableau 9 : A votre avis qu'est-ce qui facilite l'utilisation de l'EBM en Médecine Générale ?	66
Tableau 10 : Qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise pour « pratiquer l'EBM » au quotidien ? (Formations, outils, autres ?).....	68
VIII - TABLE DES MATIERES.....	71
IX - ANNEXES	73
Annexe 1 : QUESTIONNAIRE.....	73
Annexe 2 : RESUME EN ANGLAIS.....	77

IX - ANNEXES

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE

SIGNALETIQUE		
1-	<input type="checkbox"/> NOM (<i>facultatif</i>) :.....	Faculté d'origine:..... Année diplôme :.....
2-	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age : Ans
3-	Comment travaillez-vous ?	
	En milieu <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> En association <input type="checkbox"/> Semi rural <input type="checkbox"/> Urbain	
4-	Avez-vous internet :	
	Au cabinet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Haut débit	
	A domicile ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Haut débit	
5-	Avez-vous une responsabilité dans l'enseignement de la médecine générale ou dans la formation médicale continue ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6-	Avez-vous déjà entendu parler de l'EBM(Evidence Based Medecine) ou médecine basée sur les preuves?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>L'EBM est une démarche médicale qui vise à classer les données de la science selon des niveaux de preuves et à les utiliser pour prendre une décision médicale personnalisée adaptée au contexte du patient.</p>		
I PERCEPTION DE L'EBM PAR LE MEDECIN GENERALISTE		
☛ A- Quels intérêts ou inconvénients voyez-vous sur la santé de vos patients à pratiquer une médecine basée sur l'EBM ? (<i>Question ouverte</i>)		
1-	Pensez-vous que la médecine générale est avant tout un art ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2-	Pensez-vous qu'en médecine générale rien ne vaut l'expérience ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-	Pensez-vous qu'en médecine générale le plus important est l'intuition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
☛ B- Pensez-vous qu'il est possible de pratiquer l'EBM en Médecine Générale ? Pourquoi ? (<i>question ouverte</i>)		
1-	Dans votre pratique, estimez-vous que vos décisions s'appuient sur des niveaux de preuve élevés ?	
	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> ne sait pas	
2-	Pensez-vous que les études de niveau de preuve élevé vous apportent les réponses aux problèmes que vous rencontrez en médecine générale ?	
	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> ne sait pas	

☛ C- A votre avis, qu'est-ce qui rend difficile l'EBM en médecine générale ? (question ouverte)	
1- Pour vous, ce qui rend l'EBM difficile en Médecine Générale en premier lieu, est-ce : (1 seule réponse)	
<input type="checkbox"/> Les situations cliniques complexes	
<input type="checkbox"/> Le contexte du patient	
<input type="checkbox"/> L'accès à une information validée.	
2- A votre avis, qu'est-ce qui freine l'accès aux informations sur les données de l'EBM ? (plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> la complexité des recherches	
<input type="checkbox"/> le manque de formation	
<input type="checkbox"/> les informations sont le plus souvent en langue anglaise	
<input type="checkbox"/> l'accès aux textes complets est le plus souvent payant et difficile à se procurer	
<input type="checkbox"/> le manque de moteur de recherche « pratique »	
<input type="checkbox"/> le manque d'ouvrage de référence actualisé	
<input type="checkbox"/> le manque de temps pour effectuer les recherches.	
<input type="checkbox"/> l'absence de rémunération des formations continues valides	
II LA COMPETENCE DES MEDECINS GENERALISTES	
☛ Pensez-vous que les médecins généralistes actuellement ont la compétence pour interpréter une étude scientifique ? (question ouverte)	
1- Personnellement, êtes-vous à l'aise avec les notions suivantes : entourez les mots concernés Risque relatif - Risque absolu – Revue systématique –méta-analyse –intervalle de confiance –biais	
2- Pour rechercher la réponse à une question que vous vous posez pour un patient, estimez-vous savoir « formuler la question » selon les principes de l'EBM?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Connaissez-vous ou avez-vous déjà fait des recherches dans les bases de données suivantes : (entourez les) Medline - Cochrane Database of Systematic Reviews (part of Cochranelibrary) - Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (part of Cochrane Library) - Bandolier (published in Oxford) - Evidence-Based Medicine (BMJ publishing group) - Clearing House - HAS – CISMEF – INIST-BDSP	
4- Connaissez-vous les différents niveaux de preuve utilisés pour évaluer une étude ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
III LE CONTEXTE ACTUEL FRANÇAIS	
☛ A- Que pensez-vous des recommandations et des référentiels ? (question ouverte)	
1- Pensez-vous qu'ils risquent de « dévaluer » l'art médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- Pensez-vous qu'ils menacent votre autonomie de prescription ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Avez-vous peur que votre compétence soit mise en doute ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4- Avez-vous peur qu'ils rentrent en conflit avec les attentes des patients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5- Estimez-vous respecter les recommandations de l'HAS et de l'AFSAPS dans votre pratique quotidienne ?	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> ne sait pas

6-	<p>Que pensez-vous en général des recommandations et des référentiels? (<i>plusieurs réponses possibles</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> la conduite à tenir recommandée permet une réelle aide à la décision médicale</p> <p><input type="checkbox"/> cela permet de se justifier auprès du patient (meilleure observance)</p> <p><input type="checkbox"/> cela permet de se justifier auprès des organismes payeurs</p> <p><input type="checkbox"/> cela permet de se justifier sur le plan médico-légal (si effets indésirables ou échec thérapeutique)</p> <p><input type="checkbox"/> la conduite à tenir recommandée est mal adaptée aux conditions de pratique de Médecine Générale.</p> <p><input type="checkbox"/> les référentiels sont conçus pour faire des économies et non pour améliorer la qualité des soins.</p> <p><input type="checkbox"/> Les référentiels ne sont pas assez souvent actualisés pour prendre en compte les dernières découvertes.</p> <p><input type="checkbox"/> leur consultation prend trop de temps</p> <p><input type="checkbox"/> le nombre de référentiels est trop insuffisant</p> <p><input type="checkbox"/> le nombre de référentiels est trop important pour connaître leur existence</p> <p><input type="checkbox"/> les référentiels sont trop complexes et inutilisables</p> <p><input type="checkbox"/> autre(s) raison(s) (<i>précisez</i>) :</p>
7-	<p>L'obligation d'évaluation des pratiques vous incite-t-elle à respecter les référentiels ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>B- Que pensez-vous de la formation des généralistes tant au niveau de la FMI (Formation médicale initiale) que de la FMC (formation médicale continue) en matière d'EBM ? (<i>question ouverte</i>)</p>	
1-	<p>Pensez-vous que votre FMI vous a permis d'acquérir la compétence nécessaire pour critiquer une étude scientifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
2-	<p>A votre avis, parmi les caractéristiques de FMC suivant, la(les)quelle(s) permettent d'acquérir des connaissances basées sur des niveaux de preuve ?</p> <p><input type="checkbox"/> indépendantes des labos</p> <p><input type="checkbox"/> organisée par la faculté</p> <p><input type="checkbox"/> présence indispensable de spécialistes</p> <p><input type="checkbox"/> transparence et critique indispensable des sources des informations délivrées.</p> <p><input type="checkbox"/> autres, <i>précisez</i> :</p>
3-	<p>Parmi les revues suivantes que vous connaissez, quelle(s) est(sont) celles qui semblent vous apporter des informations dans un esprit EBM ?</p> <p><input type="checkbox"/> la revue Prescrire</p> <p><input type="checkbox"/> la revue du Praticien Médecine Générale</p> <p><input type="checkbox"/> le Concours Médical</p> <p><input type="checkbox"/> La revue EBM</p> <p><input type="checkbox"/> des revues étrangères, citez-les :</p> <p><input type="checkbox"/> autres, citez-les :</p> <p><input type="checkbox"/> vous ne lisez pas de revue.</p>
<p>C- Quel crédit portez-vous sur les études produites par les firmes pharmaceutiques ? (<i>question ouverte</i>)</p>	
1-	<p>Estimez-vous que les présentations de médicaments faites par les visiteurs médicaux sont basées sur des niveaux de preuves élevés ?</p> <p><input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> je ne les reçois pas</p>
2-	<p>Le niveau de Service Médical Rendu pour un traitement est-il pour vous un critère de choix ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
3-	<p>Pensez-vous qu'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) s'appuie sur des niveaux de preuve élevés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p>D- A votre avis qu'est-ce qui facilite l'utilisation de l'EBM en Médecine Générale ? (<i>question ouverte</i>)</p>	

IV LES BESOINS RESENTIS**☛ A- Qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise pour « pratiquer l'EBM » au quotidien ? (formations, outils, autres ?) (question ouverte)**

- 1- Selon vous, le travail de recherche des études scientifiques (données primaires) et de leur interprétation relève-t-il de : *(une seule réponse)*
- de chaque médecin généraliste ou spécialiste
 - de médecins spécialistes
 - de médecins hospitaliers
 - de l'organisation de la profession : médecins volontaires formés
 - des autorités sanitaires du pays
 - des médecins conseils des caisses SS.
 - autres, *précisez* :
- 2- Personnellement, vous préférez : *(une seule réponse)*
- avoir accès aux données primaires (directement les études scientifiques)
 - avoir accès aux données tertiaires (revues systématiques, référentiels, interprétation d'études...)
- 3- Si des outils étaient créés pour accéder plus facilement aux données récentes de la science et aux référentiels, quels sont ceux qui vous intéressent parmi les propositions suivantes ?
- moteur de recherche en français
 - données traduites en français
 - données validées par représentants de la profession auxquels vous pourriez accorder votre confiance.
 - outil lié au logiciel médical
 - alarme dans votre logiciel médical lorsqu'un diagnostic est relevé lors d'une consultation (s'il existe une référentiel ou une nouvelle information)
 - référentiels simplifiés
 - visites à votre cabinet de médecins qui vous informeraient sur référentiels et dernières données.
 - guides support papier
 - autres, *précisez* :
 - vous ne ressentez pas de besoin particulier.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Annexe 2 : RESUME EN ANGLAIS

Objective: To assess the development and use of EBM among primary care physicians.

Method: A qualitative study based on semi-directed individual as well as collective interviews of family physicians working in peer groups in Moselle, France.

Results: 9 individual interviews and one collective interview (of 7 physicians) were conducted. Physicians held a positive view of EBM. They felt that EBM didn't cover the entire field of primary care. They found the negotiation with patients to be difficult. They considered that computers, the requirements of post-university training and evaluation, guidelines, the requirement to visit one's primary care physician, the decreasing reimbursement of drugs, some training programs and publications, and their embedment in the profession favoured the use of EBM. Their lack of time, competence and training, the difficult access to information and fee-for-service payments made the practice of EBM difficult. They wished to delegate interpretative and research work to members of the medical professions. They needed free and relevant tertiary information to be readily accessible during their patient visits. They asked for additional research in primary care, early initial training, a better work environment and recognition for their work.

Discussion: EBM had become part of the doctors' culture. We found the same obstacles described in international studies. Other obstacles emerged that were linked to the work environment and location. Research, training and tertiary information issues belong to the profession. Considerations about time management, work environment, and recognition of one's efforts have to do with the entire medical field as well as society.

Conclusion: This study allowed us to look at a topic unexplored in France. A quantitative study is required to further validate the results.

Permis d'imprimer

Page vierge

**La démarche EBM (Evidence Based Medicine) et la médecine générale.
Quels sont les freins, les facilitations, les besoins en France en 2006 ?
Contribution par une étude qualitative auprès de 16 généralistes de Moselle**

RESUME

Objectif : Découvrir l'avancement de l'intégration de l'EBM en médecine générale en 2006.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi dirigés individuels et collectifs, auprès de généralistes participant à des groupes de pair en Moselle.

Résultats : 9 entretiens individuels, un entretien collectif (7 médecins) étaient réalisés. Ces médecins percevaient positivement l'EBM. Ils estimaient qu'elle ne recouvrait pas tout le champ de la médecine générale. La négociation au patient était jugée difficile. Ils considéraient que l'outil informatique, l'obligation de FMC, d'évaluation des pratiques, l'existence des référentiels, le passage obligatoire par le médecin traitant, le déremboursement de médicament, certaines FMC, des revues, l'implication dans la profession favorisaient leur pratique de l'EBM. Le manque de temps, de compétence, de formation, l'accès difficile aux données, le paiement à l'acte, rendaient l'EBM difficile. Ils souhaitaient déléguer le travail d'interprétation et de recherche des données à des membres de la profession. Leurs besoins portaient sur des données tertiaires, plus pertinentes, gratuites, d'accès en temps réel en consultation. Ils demandaient plus de recherche en médecine générale, de se former dès la FMI, un cadre de travail mieux adapté, la reconnaissance de leurs efforts.

Discussion : l'EBM était entrée dans la culture de ces généralistes. Les mêmes freins décrits dans les études étrangères étaient retrouvés. De nouveaux émergeaient liés au cadre et à l'environnement de travail. Les besoins en recherche, formation, données tertiaires relèvent de l'implication de la profession. Les besoins en temps, cadre de travail, environnement, reconnaissance, relèvent de l'ensemble du corps médical et de la société.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'explorer un domaine non encore étudié en France. Ces résultats mériteraient d'être confirmés par une enquête quantitative.

MOTS CLES

EBM - MEDECINE GENERALE - FREINS - FACILITATIONS - BESOINS -
RECOMMANDATIONS - REFERENTIELS - ETUDE QUALITATIVE