

Sommaire

Introduction: la décision dans l'incertitude en médecine générale.....	2
Constat.....	3
Le généraliste face à l'incertitude.....	4
Matériel et Méthode.....	6
Enquête qualitative selon la théorisation ancrée.....	6
Analyse des offres sur internet.....	8
Recherche de publications en relation avec les hypothèses.....	8
Résultats.....	9
La décision dans l'incertitude: recours à internet.....	9
Faits et connaissances.....	12
Connaissances contextualisées.....	18
Réseaux de partage de connaissances.....	23
Discussion.....	28
Partage de connaissances.....	28
Limites de l'étude.....	28
Perspectives.....	29
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	34

Introduction

La pratique de la médecine générale place fréquemment le médecin face à une incertitude sur sa décision. Les moyens utilisés par les médecins étaient le recours à la bibliothèque, aux articles, aux conversations entre pairs. Aujourd’hui internet peut soutenir l’omnipraticien selon plusieurs modalités: moteurs de recherche, sites spécialisés, réseaux sociaux. Le médecin peut sélectionner des connaissances dans le contexte de sa pratique. Notre travail s’est attaché à explorer l’utilisation actuelle des médecins des connaissances disponibles sur internet.

La décision dans l'incertitude en médecine générale

I. Constat

La pratique de la médecine générale nous place face à des incertitudes sur les décisions à prendre, que l'on soit jeune médecin ou même praticien confirmé. Face au patient il faut prendre des décisions de diagnostic, de dépistage et de traitement. La prévalence des consultations concluant à des symptômes médicalement inexpliquées serait de 13% selon l'étude de Van der Weiden (1).

Le médecin généraliste prend en charge d'une part des symptômes isolés et des syndromes qui représentent 70% de son activité et d'autre part des tableaux de maladies et des diagnostics certifiés qui représentent 30% de la pratique (2).

Selon la sociologue Géraldine Bloy, l'incertitude se caractérise par: le rapport de l'omnipraticien au savoir médical ainsi que par les rapports sociaux dans lesquels s'inscrit l'exercice libéral des soins primaires en France (3). L'incertitude sur le savoir médical étant sur trois niveaux: « maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », « limites propres à la connaissance médicale » et enfin départager ces deux derniers niveaux (4). Le généraliste doit avoir le champ de connaissances le plus étendu possible, il est devenu « celui qui sait un peu de tout » (3).

Selon la thèse sur la tolérance à l'incertitude de Lorenzo, il existe une autre forme d'incertitude liée au patient appelée « relationnelle ». Elle concerne à la fois la communication du médecin au patient et du patient au médecin (5). Une citation de l'Encyclopédie du savoir relatif et absolu de Bernard Weber l'illustre ainsi: « Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins dix possibilités » (6).

Des situations fréquentes en médecine générale conduisent à l'incertitude relationnelle: jeune patient ne s'exprimant pas encore, démence évoluée ou plus rarement trouble de la conscience, mais aussi limites de la mémoire ou du vocabulaire de son patient.

La tolérance à l'incertitude est la capacité du médecin à travailler et à mener à bien sa consultation sans connaître avec exactitude les mécanismes physiques, biologiques, psychologiques à l'oeuvre chez son patient. Dans une situation de tolérance à l'incertitude le médecin se contentera par exemple d'un traitement symptomatique. A l'inverse dans une situation d'intolérance le médecin mettra en oeuvre une démarche visant à augmenter son niveau de certitude par des procédés actifs (5). Le médecin peut alors douter de son diagnostic et faire une recherche sur les réseaux de connexion pour se remémorer les symptômes à rechercher dans une pathologie rare, les effets indésirables ou interactions d'un traitement, ou encore la démarche diagnostique décrite avec les examens complémentaires biologiques ou radiologiques à effectuer. Il peut également rechercher les dernières recommandations ou traitements récents, voire adresser à un avis extérieur (autre médecin ou professionnel de santé).

II. Le généraliste face à l'incertitude

Il existe deux risques entre lesquels le médecin généraliste doit gérer son incertitude: la fausse assurance d'un diagnostic par excès, et l'absence de vigilance devant des symptômes persistants ou répétés (7).

Les actions du médecin généraliste dépendent de déterminants socio-culturels de la relation médecin-malade: liés au médecin (cas grave récent, fatigue de fin de semaine, représentation de la maladie...), liés au patient (représentation de la maladie, comorbidités...) ou réglementaires (7).

Selon la thèse de Lorenzo, les facteurs déterminants de l'incertitude sont:

- 1) Le temps qui est primordial: consultation libre ou sur rendez-vous, possibilité de re-convoquer le patient en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes (lundi matin versus vendredi soir)
- 2) Le contexte: seul ou en groupe, en cabinet ou en visite, de jour ou de nuit en garde, en semaine ou en week-end, en centre-ville ou en campagne reculée, la période de l'année: épidémie hivernale ou période de vacances scolaires, la possibilité de recourir à des examens complémentaires ou à un service d'urgence.
- 3) Le motif économique de maîtrise des dépenses de santé ou judiciaire avec les possibles conséquences médico-légales.

- 4) Le médecin: sa connaissance académique et son expérience pratique ainsi que ses traits de personnalité vont déterminer sa confiance en soi, son angoisse ou son affirmation de soi.
- 5) Le patient: son expérience, ses représentations, son angoisse.
- 6) La connaissance réciproque: méconnaître le patient conduit plus souvent le médecin à ne pas tolérer l'incertitude.
- 7) Le raisonnement clinique et l'évaluation du risque, sur des mécanismes intuitifs et objectifs (5).

L'incertitude des médecins généralistes a été étudiée par la sociologue Bloy qui distingue 4 façons de réagir à l'incertitude:

- 1) incertitude balisée: stratégie de réduction de la plainte et des symptômes du patient, proche de la médecine d'urgence et ses protocoles
- 2) incertitude prégnante: régime d'incertitude maximale, « accueillante » envers les maux du patient, avec un investissement important en formation médicale continue (FMC) et l'evidence-based medicine (EBM)
- 3) incertitude explorée: critique de l'objectivité médicale avec une part croissante de la psychothérapie et d'attrait pour la médecine alternative
- 4) incertitude contenue: standard d'effort de formation plus faible et opportunisme économique, déni de l'incertitude avec multiplication des examens complémentaires (3).

Malgré l'hétérogénéité des pratiques face à l'incertitude, il en ressort une unité problématique de la médecine générale qui ne doit pas être dénigrée. Il s'agit d'un principe majeur de la construction de la qualité d'exercice de la médecine générale (3).

Une possibilité de gestion de l'incertitude est le recours aux réseaux de connexion pour rechercher des connaissances. Nous nous sommes attachés à étudier la recherche de connaissances sur internet par les médecins généralistes dans le contexte d'une consultation et donc en relation avec les données du patient. Nous avons exploré la situation actuelle, la position des généralistes et les possibles perspectives de la recherche et du partage de connaissances.

Un projet de la haute autorité de santé (HAS) et de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) est de faire apparaître des recommandations ou des guides de bonnes pratiques au décours du remplissage du dossier médical.

Matériel et Méthodes

I. Enquête qualitative selon la théorisation ancrée

La première partie du travail de recherche consistait en une étude qualitative selon la théorisation ancrée. Douze entretiens semi-dirigés étaient réalisés avec des médecins généralistes de la région PACA afin de collecter les données jusqu'à saturation. Le but était de dégager des thèmes et des sous thèmes et de les traiter à l'aide du logiciel de recherche qualitatif Nvivo.

L'expression de théorisation ancrée de Paillé (8) constitue une traduction de « grounded theory », l'approche de théorisation empirique et inductive décrite en 1967 par Glaser et Strauss (9). Il ne s'agit pas de concevoir de grandes théories mais plutôt d'expliciter les thèmes issus de l'analyse des données, de les mettre en relation et d'en extraire le sens. Il faut comprendre le mot théorisation comme processus et non comme résultat. La théorie proposée provient des données, d'où le nom de théorisation ancrée.

L'entretien est fondé sur la production d'une parole sociale qui n'est pas simplement description et reproduction de ce qui est, mais communication sur le devoir-être des choses et moyen d'échanges entre individus (10).

L'entretien permet d'abord d'explorer les systèmes de présentation (pensées construites), c'est-à-dire l'organisation d'opinions, d'attitudes et de valeurs concernant les réseaux de connexion. L'entretien explore enfin les pratiques sociales (faits expérimentés) c'est-à-dire l'épreuve personnelle concrète, pratique de l'utilisation de réseaux de connexion ainsi que l'enjeu collectif dans lequel ces pratiques peuvent se comprendre et doivent être interprétées. L'entretien est opportun afin de faire apparaître les processus et les « comment ». L'entretien déroule le cours des choses, propose les éléments contenus dans les phénomènes étudiés, leurs composants (11).

Dans cette étude l'enquête par entretien était à usage principal. Les hypothèses dégagées étaient d'une part: Les médecins généralistes seraient-ils intéressés par le partage de connaissances reliées à leur poste de travail?

Les questions secondaires étaient: Dans quelles conditions? Dans quelles situations? Selon quelles modalités?

L'investigatrice était une interne de médecine générale, femme de 27 ans. Il s'agissait de sa première expérience dans la réalisation d'interviews, réalisées de juillet à septembre 2014. Elle était placée en position naïve vis-à-vis de son sujet, le but étant de recueillir les représentations singulières à chaque individu.

La population de l'enquête était constituée de douze médecins généralistes, d'âges différents (équilibrés en répartissant 50% de moins de 45 ans et 50% de plus de 45 ans), de sexe différents (50% d'hommes et 50% de femmes) et de fonctions différentes (internes de médecine générale, médecins généralistes en cabinet, médecin urgentiste et médecins conseils ayant exercé en cabinet auparavant). La constitution d'un corpus diversifié permet de maximiser les chances d'apparition « d'au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir (12). »

La sélection des interviewés était un panel diversifié d'individus et organisée par mode d'accès indirect (par contact institutionnel ou personnel), ce qui présentait l'avantage d'éviter les refus, d'être plus contraignant pour l'interviewé, avec l'inconvénient d'être moins neutre. Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des interviewés, ce qui avait pour but de favoriser le discours sur l'utilisation concrète professionnelle des réseaux de connexion, ou à leur domicile. Les entretiens étaient enregistrés via l'application « Dictaphone » de l'Iphone et anonymes pour l'analyse. Ils ont été retranscrits manuellement sur ordinateur, mot-à-mot pour respecter le discours exact des participants et ne pas modifier le sens des entretiens.

Le plan d'entretien était structuré afin que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses. La première question était ouverte sur « partage et recherche de connaissances dans le cadre de réseaux de connexion ». La stratégie d'interview était l'écoute puis des interventions directrices avec des questions externes ou des relances sur le dire antérieur de l'interviewé, tout en s'adaptant au discours de l'interviewé.

L'analyse a été effectuée sur l'ensemble des entretiens, c'est-à-dire l'ensemble des discours retranscrits de manière littérale, en portant sur le contenu et non sur l'analyse linguistique. La lecture des entretiens a permis d'établir les thèmes et de construire la grille d'analyse. L'analyse des données a été assistée par ordinateur avec le logiciel Nvivo 10 ® pour les phases de codage et de mise en relation.

II. Analyse des offres sur internet

La seconde partie du travail consistait à recourir au moteur de recherche google afin d'explorer les mots-clés cités dans les interviews. Nous explorions les sites avec recueil de notes en relation avec la problématique.

III. Recherche de publications en relation avec les hypothèses

Nous avons utilisé Pubmed sur la base de mots-clés en lien avec les hypothèses. Nous avons effectué plusieurs requêtes en fonction de groupes de mots-clés afin d'analyser les résultats et développer les hypothèses.

Résultats

I. Recherche bibliographique

Nous avons interrogé la base de données Sudoc:

- trois thèses ont été réalisées sur « l'incertitude », dont une a été retenue dans la bibliographie (2011 et 2 en 2013).
- deux thèses ont été réalisées sur les « outils d'aide à la décision médicale » en médecine générale (2 en 2013).
- quatre thèses ont été réalisées sur « recherche internet médecins» en médecine générale (2009, 2011, 2 en 2014)
- une thèse a été réalisée sur « réseaux sociaux médecins » qui a été retenue dans la bibliographie (2014).

Nous avions interrogé divers moteurs de recherche (pubmed, google) sur ces thèmes:

- « l'incertitude en médecine générale » donne lieu à 354000 résultats google et 0 sur pubmed, dont cinq articles ont été retenus dans la bibliographie.
- « Electronic Clinical Decision Support » donne lieu à 3617 résultats sur pubmed, nous en avons étudié sept et cité trois dans la bibliographie.

II. La décision dans l'incertitude: recours à internet

Face à l'incertitude en médecine générale, nous avons interrogé les médecins sur leur utilisation courante d'internet. Cet extrait du médecin numéro 2 introduit la réflexion:

« C'est une source inépuisable d'informations pour peu qu'on sache ce qu'on va y chercher. Voilà. Pour le médecin c'est savoir où aller chercher et faire le tri c'est très important. Pour le patient également, il faut savoir lui déconseiller d'aller farfouiller n'importe où, voilà, pour qu'il revienne pas, pour qu'on soit jamais à lui dire comme ma petite affichette derrière mon bureau: « je suis formel, selon google vous n'avez rien. » La clinique est importante, après il y a la clinique qui est importante, et en dernier la clinique reste importante. »

Ce même médecin était le seul à témoigner utiliser couramment une ressource écrite disponible dans son cabinet:

« Je me sers d'internet pendant et hors les consultations quand il y a quelque chose qui me manque. Un syndrome rare, ça nous arrive de temps en temps qu'on vienne nous le sortir. Ou quand j'ai quelque chose qui manque. Sinon j'ai plutôt tendance à me servir de ma bibliothèque derrière moi. »

Le médecin numéro 9 analysait ainsi son utilisation d'internet:

« - Ca va plus vite que d'aller chercher dans les livres. En plus il y a plus de connaissances sur... enfin la bibliothèque est plus grande sur internet que ce qu'on peut avoir au cabinet. Oui moi je l'utilise souvent.

- Et comment vous l'utilisez, en présence du patient? En dehors?

- Les deux, j'utilise en présence du patient si j'en ai besoin et maintenant ouais c'est rentré dans ma pratique puisque je le fais avec les gens. Les gens qui sont en confiance avec moi en effet. Et sinon en dehors des patients quand j'ai une question sur la thérapeutique, une conduite à tenir... Ou quand j'ai oublié quelque chose et bien je vais chercher. »

Le médecin numéro 5 était interrogé sur son utilisation au sein de la consultation:

« Ca arrive lorsque j'ai un trou de mémoire, d'aller vérifier ou regarder quand c'est quelque chose que je n'ai pas vu depuis longtemps. Pour contrôler, confirmer... »

Ces extraits illustrent l'incertitude en médecine générale, concernant une maîtrise incomplète des savoirs médicaux, mais aussi les limites propres à la connaissance comme par exemple les possibilités thérapeutiques. Une première constatation s'impose: l'utilisation d'internet a lieu durant le temps de la consultation.

La réponse du médecin numéro 4 à la recherche sur internet illustrait cette évolution auprès de la génération plus jeune des médecins interrogés:

« - Ca peut m'arriver oui, quand je sais pas, je sais pas. (rires)

- Et ça vous influence dans la consultation vous pensez? Ca influence la relation avec le patient?

- Probablement que oui, mais c'est vrai qu'après je fais peut être partie d'une génération où le médecin est peut être moins, enfin moi je sais que je ne m'avance pas comme quelqu'un qui sait tout. Ca m'est arrivée d'en parler avec une autre

génération de médecins qui n'avaient pas tendance, enfin qui avaient tendance à vouloir reporter à une consultation suivante plutôt que de régler la question, enfin... Ils sur... Oui voilà ils préféraient peut être reconvoquer le patient, rechercher entre temps l'information et puis voir, régler les choses à la consultation d'après. »

La recherche internet n'était cependant pas quotidienne en médecine générale, elle concernait d'une part des présentations rares, et d'autre part faisait partie d'une démarche de tolérance à l'incertitude diagnostique et thérapeutique, comme l'illustre cette citation du médecin numéro 1:

« Il y a des jours de consultation où on n'y va pas, on y va jamais. Il y a des jours on y va parce qu'il y a des choses qu'on ne voit pas habituellement. [...] On ne se rappelle pas donc on veut avoir une information pour nous rappeler car on connaît plus ou moins le sujet forcément, quand même... Pour voir si on n'oublie rien et si on est dans la bonne démarche. Pour nous rassurer disons sur la démarche qu'on va donner à la fin de la consultation. »

Durant les entretiens, aucun médecin n'a reconnu l'usage de réseau social connecté dans le cadre professionnel. D'après une enquête publiée par le site santeconnect auprès de 805 professionnels de santé dont 8% de médecins, seuls 34% connaissaient un réseau social de santé. Les résultats publiés étaient que 62% l'utilisaient pour échanger entre eux. 15% utilisaient un réseau social de santé (les réseaux cités étant Meltingdoc, Docatus, Univadis) et 46% un réseau généraliste (les réseaux cités étant twitter, linkedIn). Les autres usages concernent la recherche d'information, ou pour garder le contact avec des confrères. Il en ressortait un usage régulier par courtes connexions: 82% se connectaient au moins une fois par semaine, dont la moitié quotidiennement, 41% y consacrant moins de 10 minutes par connexion. Les freins cités à leur utilisation étaient un manque de temps, de sécurité et de fiabilité (13).

Une autre étude menée en 2012 par la « Cegedim Strategic Data » auprès de 6700 médecins montrait que les médecins français étaient parmi les derniers pays européens à utiliser les réseaux sociaux de façon professionnelle, soit 16% contre 47% pour les médecins allemands ou 51% pour les médecins anglais (14).

Le recours aux informations via le Smartphone a été abordé par deux jeunes médecins durant les entretiens.

Le médecin numéro 4 citait le Vidal:

« - Oui j'ai le Vidal sur mon portable. (rires) Le Vidal sur l'iphone.
- Donc vous y avez recours aussi en dehors du cabinet?
- Oui c'est comme si. Enfin j'ai le guide thérapeutique aussi [...] Vérifier les informations oui ça m'arrive. Sur un smartphone ou via internet. »

Le médecin numéro 7 décrivait son intérêt pour l'accessibilité des informations en-dehors du cabinet:

« une fois j'avais regardé un magazine de FMC où il disaient toutes les formations et en plus il y avait un guide de toutes les applications qui existent. Et c'est vrai qu'il y en a certaines qui m'intéresseraient, par exemple c'est vrai qu'en visite il y en a qui pourraient être intéressantes. »

Selon une enquête « Les applications santé et vous » auprès de 1670 professionnels de santé, 65,3% utiliseraient des applications mobiles santé pour leur pratique, dont 29% souvent et 36% occasionnellement. Les applications les plus utilisées sont à 38% les bases de données médicamenteuses et à 17% les calculateurs de score médicaux (15). Cette enquête était liée à des laboratoires pharmaceutiques sans méthodologie décrite, avec initialement 2035 répondants, un biais de sélection peut en altérer la représentativité.

Les médecins interrogés avaient recours à internet durant leur consultation pour répondre à des situations d'incertitude, ou même à travers des applications sur smartphone. Ils sont peu nombreux à utiliser un réseau social dans leur pratique professionnelle.

II. Faits et connaissances

Les faits sont les résultats des observations, des analyses. Ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs (mesurables). On parle aussi de données ou d'informations. C'est ce que le médecin recueille dans sa relation avec le patient. Les faits sont relatifs à ce patient. Aujourd'hui ils sont recueillis par une majorité de médecins généralistes dans le dossier informatique. Une étude constatait en 2009 le retard français avec 68% des généralistes qui avaient recours à des dossiers médicaux électroniques, contre plus de 90% dans 7 autres pays du Commonwealth (16). Suite à la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, les taux de dossier informatisé avancés par l'Assurance maladie étaient de 73% en 2012 (17), et de 80% en 2013 (18).

Les connaissances sont les règles, les généralisations que l'on peut construire à partir d'un grand nombre de faits. C'est la façon par laquelle l'homme partage son expérience et reçoit l'expérience des autres, en particulier celles des hommes qui l'ont précédé. C'est ce que le médecin apprend à la faculté, à l'hôpital, dans les sessions de formation médicale continue, dans les articles scientifiques, dans les livres de médecine.

Aujourd'hui, un exemple de connaissances reliées aux données est l'informatisation des prescriptions sur le dossier médical électronique. Il existe aujourd'hui des logiciels d'aide à la prescription certifiés, les rapports de l'assurance maladie avancent un pourcentage d'utilisation de ces logiciels ayant progressé de 64% en 2012 (17) à 72% en 2013 (18). Selon la HAS, la procédure permettant de certifier les logiciels d'aide à la prescription a obéi à trois objectifs majeurs : contribuer à l'amélioration de la sécurité de la prescription médicamenteuse, faciliter le travail du prescripteur et diminuer le coût du traitement à qualité égale (19).

Le partage des données du patient en réseau était fréquemment abordé par les médecins interrogés dans le cadre de notre étude. Elle est le reflet d'une pratique en cabinet de groupe qui tends à s'intensifier. Ainsi les études avancent une évolution en progression: de moins de 30% dans les années 1980, ce type d'exercice était de 42,9% en 1998 et de 53,7% en 2009 (20). Cette tendance étant plus marquée chez les médecins de moins de 40 ans, passant de 49,4% à 77,1% entre 1998 et 2009 (21).

L'hypothèse secondaire de l'étude Prospere menée par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) était qu'une pratique en groupe est plus orientée vers la prévention et l'éducation thérapeutique (partage d'informations plus récentes, projet du groupe, complémentarité des pratiques).

Les résultats de cette étude étaient significatifs sur plusieurs points concernant le partage de connaissances ou la formation médicale continue:

- Evaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois: 41,6% en cabinet de groupe vs 35,9% en cabinet individuel, OR= 1,3 IC 95% [1,0; 1,5], p<0,05
- Formation médicale continue au cours des douze derniers mois: 87,9% en cabinet de groupe vs 80,6% en cabinet individuel, OR= 1,7 IC 95% [1,3; 2,2], p<0,01
- Participation à un réseau de santé, OR= 1,2 IC 95% [1,0; 1,5], p<0,05

- Utilisation du dossier patient informatisé: 84,3% vs 74%, OR=1,6 IC 95%[1,2; 2,0], p<0,05 (21).

Le partage des faits via le dossier informatique en cabinet est donc devenu une pratique plus courante, voici quelques exemples tirés des entretiens. Ils ne concernaient que des partages avec un confrère connu et « choisi » par le médecin et parfois par le patient.

Le médecin numéro 2 décrivait le partage du dossier médical au sein d'un cabinet:

« Au sein d'un cabinet médical de groupe, le partage du dossier est quelque chose qui pour moi doit être normal puisque l'on est amené à voir au sein de notre cabinet de médecine générale les patients quand l'autre peut être absent et que les informations doivent être accessibles. Les nouvelles fonctionnalités de notre logiciel médical font que pour les nouveaux patients, on demande au patient si il autorise l'un et/ou l'autre médecin à avoir accès au dossier médical. Ca s'est pour le fonctionnement dans le cabinet. »

Il en énumérait les caractéristiques selon lui:

« Moi je suis pour le dossier informatisé à partir du moment où il est bien tenu, bien sauvegardé. Le dossier reste la propriété du patient sous forme informatisée, prêt à lui être communiqué en simple impression. Pour ce qui est de la communication de l'information, là encore l'information on peut la donner au correspondant dès qu'il le demande ou même quand nous on estime que ça doit être fait [...] Et j'en attends qu'il soit fonctionnel, rapide... »

Le médecin numéro 3 citait un avantage du dossier informatisé:

« Moi ça me rassure de savoir que si jamais je pars ce soir en congé par exemple, je vais fermer le portable pendant 15 jours. Je suis rassuré que mes associés puissent accéder au dossier. »

Il explicitait un cas d'incertitude relationnelle résolu par le dossier informatisé en réseau:

« Il m'est arrivé d'avoir en face de moi des patients qui n'étaient pas au courant de leur traitement, pas au courant du pourquoi, du comment ils avaient fait un bilan sanguin, une radiographie. C'est compliqué de travailler comme ça! Des fois on est devant des patients qu'on ne connaît pas très bien, qui ne parlent pas très bien français. Donc d'avoir accès à un système qui permets un petit peu de refaire

l'historique, de consulter les antécédents du patient, de vérifier ce qui a déjà été fait et de pas le refaire tout bêtement. Non non c'est très confortable. »

Il expliquait leur mise en réseau:

« En fait on a mis nos quatre bases de données en commun: Dr D, Dr F, Dr M et moi-même. Et on pioche dans cette base, on essaye de l'étayer le mieux possible de façon à ce que les informations concernant les antécédents des patients, que les consultations soient les plus complètes possibles parce que effectivement pour un temps il peut arriver qu'un patient passe de l'un à l'autre. Et c'est très bien de savoir si mon associé a prescrit une radio, pour quelle raison il l'a prescrite. Qu'est-ce qu'il attendait comme résultat etc. Pour assurer un meilleur suivi de patient. Voilà. C'est vrai qu'on a eu besoin de s'équiper, c'est-à-dire qu'on a mis en place un serveur, on a l'obligation de faire des sauvegardes externalisées. C'est-à-dire que quand l'un des médecins fait une sauvegarde, cela va à l'autre bout de la France, dans deux gros serveurs différents. En cas de problème de panne, de vol, d'incendie enfin on a toujours nos données qui sont conservées. Et la sauvegarde se fait automatiquement, tout est géré automatiquement, on a pas de démarche à faire. Alors qu'il y a encore 5-6 ans on faisait la manœuvre de lancer la sauvegarde nous même. Et si on oubliait un jour, deux jours, trois jours... ba si il arrivait quelque chose ces trois jours étaient perdus par exemple. Donc voilà là on a réussi à mettre en place un système qui est autonome. Bon c'est pas très vieux, ça n'a que 4 mois, mais bon on essuie un peu les plâtres parce qu'il y a des choses qui ne marchent pas bien ou on sait pas forcément bien faire fonctionner mais tout compte fait, ça va. On commence petit à petit à s'y faire. »

Il décrivait les économies liées à ce réseau:

« Et puis c'est une nouvelle médecine le fait d'avoir mutualisé les moyens: autant les locaux, que l'informatique, que la téléphonie. C'est important pour nous en matière de coût aussi. Parce que en fait les coûts sont divisés. C'est jamais la somme de nos anciens coûts individuels si vous voulez. C'est souvent: on paye beaucoup moins cher en matière de maintenance, de hotline, de tout ça lorsque l'on est regroupés que lorsque l'on est seuls. Donc là nous on a fait de grosses économies sur le plan financier au niveau de toute notre infrastructure. »

Les médecins constataient une difficulté à retracer les antécédents du patient, comme le relatait le médecin numéro 4:

« C'est vrai qu'il y a quand même un paquet de patients qui ne connaissent pas ni leur traitement, ni leurs antécédents médicaux. [...] Quand on est à l'hôpital, entre les services il y a accès au dossier du patient. C'est plus rapide, plus facile, et quand même plus efficace. »

Le médecin numéro 10 décrivait ainsi son expérience du partage des faits en réseau au sein d'un service des urgences:

« Donc au sein du service, on peut si le patient est déjà venu retrouver les antécédents et ouvrir les anciens dossiers. Et si il est déjà venu à l'hôpital on peut également sur un autre logiciel accéder aux anciens dossiers. [...] Ba c'est utile quand les patients ne sont pas aptes à répondre, soit pour les personnes âgées en cas de démence ou de trouble de connaissance ou de trouble de conscience. [...] C'est surtout pour les patients chroniques [...] que c'est utile d'accéder à l'ancien dossier. »

Le médecin numéro 7 témoignait des gains de temps liés au dossier informatique:

« D'ailleurs hier je suis allé voir un médecin que je vais remplacer et lui il est informatisé à un niveau... impressionnant! Donc tout est fait pour gagner du temps et c'est vrai que l'informatique ça peut nous aider à gagner du temps dans tout ce qui est administratif. Après ça peut être une aide au diagnostic, peut-être un peu mais... je le vois plutôt comme un outil pour nous aider à gagner du temps. »

Ces extraits mettaient en avant les avantages attendus du dossier informatique: économie de temps, de coût, simplification de l'interrogatoire, du renouvellement d'ordonnances, de la transmission d'informations et ainsi de la continuité de soins entre médecins d'une même structure de soins. Le respect du secret médical était rarement abordé durant les entretiens, en effet les recommandations du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sont « que le patient soit informé de ce partage afin d'exercer son droit de choisir librement son médecin, ainsi que son droit d'opposition, le cas échéant (22). »

Le partage des données en médecine générale était donc dans un réseau de confrères sélectionnés, aucun médecin interrogé n'ayant reconnu utiliser le dossier médical partagé

(DMP) dans sa pratique. Un aspect du partage d'informations était le contrôle des consommations du patient, mais aussi un possible contrôle des pratiques du médecin.

Le médecin numéro 8 témoignait de cet aspect de contrôle:

« Il y en a beaucoup qui font l'amalgame DMP/sécurité sociale. Avec je pense une peur du contrôle quelque part. Et une peur du contrôle des collègues! [...] la question un peu de voir ce que le collègue a fait! Et donc d'abord c'est toute une culture d'aller travailler ensemble. »

Les données en réseaux permettaient une forme de surveillance, qui était illustrée dans les interviews par l'exemple concret de l'accès au dossier pharmaceutique du patient, qui conserve depuis la loi du 30 janvier 2007 l'historique des médicaments qui ont été dispensés au cours des 4 derniers mois.

Médecin numéro 1: « On peut avoir accès à des données toujours limitées du patient, notamment les remboursements, les médicaments qu'il prend. Cela nous sert à vérifier qu'il ne fasse pas du nomadisme. [...] Je trouve cela très intéressant, par les patients qui nous mentent, qui vont à droite à gauche. Par l'historique des remboursements et de la pharmacie, on peut savoir s'ils abusent ou s'ils sont corrects. Voilà c'est l'un des exemples de l'utilité de cet espace pro »

A la question: « Ca vous arrive de regarder la consommation de médicaments ou de consultations de vos patients? », les médecins répondaient positivement citant notamment l'exemple concret de médicaments hypnotiques avec un potentiel de dépendance; ainsi le médecin numéro 7 citait:

« Oui ça je m'en suis servie une fois pour le Stilnox® . Pour voir si il n'y a pas d'abus. »

La mise en réseau répondait donc dans ce cas au déterminant économique de maîtrise des dépenses de santé.

Le médecin conseil développait ainsi la question de la surveillance:

« Je fais confiance aux patients car je suis dans le cadre d'une petite ville où je commence à bien connaître les gens. Mais par contre on a certains services qui ont, en particulier le contentieux, qui ont accès au SIAM: Service informatique de l'assurance maladie. Qui peuvent faire des requêtes extrêmement élaborées sur ce service informatique, et qui vont donner des renseignements très précis sur la

consommation des patients, mais aussi sur les actes qui sont facturés par les professionnels. Et ça aboutit à une cartographie extrêmement précise de la consommation de soins à la fois du côté des patients et du côté des prescripteurs. J'avoue que dans mon métier de tous les jours ici au service R2A qui s'occupe des situations individuelles, je n'ai pas trop regardé leurs consommations. Je regarde les ordonnances que me présentent les patients et c'est déjà pas mal.»

La surveillance des prescripteurs était aussi rendue possible de manière précise avec l'informatisation du système de santé, comme l'explicitait le médecin conseil numéro 11. Le projet de loi 2015 relatif à la santé modifiait la gestion du DMP à l'article 25 alinéa 5.a de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique selon ces termes: « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la mise en œuvre du dossier médical partagé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » Le DMP était jusqu'alors confié à l'ASIP, cela risquerait de renforcer les craintes de surveillance des médecins généralistes.

Le partage de données devenait plus fréquente en cabinet de médecine générale, cela semblait favoriser également le partage de connaissances. Cependant le dossier médical partagé n'était pas utilisé par les médecins interrogés. A l'instar du dossier pharmaceutique patient, la mise en réseau des données permet une forme de surveillance qui pourrait être l'un des freins à son utilisation.

III. Connaissances contextualisées

Par définition, les connaissances médicales peuvent s'appliquer à plusieurs patients, à plusieurs situations individuelles, puisqu'elles sont le fruit de la généralisation, de l'abstraction. Il faut chercher dans les connaissances celles qui s'appliquent le plus précisément au patient que l'on a en face de soi. Plusieurs techniques sont utilisées : livre avec index et organisation thématique facilitant la recherche, fiches proposées par des éditeurs ou fiches personnelles rédigées par le médecin lui-même, aide-mémoires, conduite à tenir devant, etc. Certaines connaissances, les plus récentes, n'ont pas encore été suffisamment digérées pour profiter de ces techniques de facilitation d'accès. C'est le cas des articles scientifiques. En consultation, le médecin ne peut pas se permettre de

compulser sa collection de revues scientifiques ou de télécharger quelques articles après une requête sur PubMed.

D'où l'idée d'utiliser la puissance des ordinateurs et leur faculté de communication pour choisir automatiquement les connaissances applicables au patient que l'on a devant soi. L'ordinateur peut se servir des faits (données) observés par le médecin à propos de son patient pour aller interroger plusieurs sources de connaissances, sélectionner les plus pertinentes, et les proposer au médecin. On parle de connaissances contextualisées par les faits relatifs au patient.

Les systèmes électroniques d'aide à la décision médicale ont été décrits depuis 30 ans (23,24), une étude belge a étudié en 2011 l'intégration du système d'aide à la décision au sein du logiciel médical chez les médecins généralistes (25). L'étude était quantitative et qualitative, et dépendait de l'acceptation des médecins à coder les données du patient au sein du logiciel. Il en ressortait que 72% déclaraient avoir augmenté leurs connaissances, les connaissances apportées étaient selon l'évidence based medicine (EBM) sous forme de message. Cependant 70% des médecins déclaraient que le nombre trop important de message étaient le plus grand désavantage du système, ainsi que les erreurs des messages (17%), le mauvais timing ou le mauvais positionnement sur l'écran. Les messages étaient négligés du fait de leur quantité (29%) ou du manque de temps (23%). 26% des médecins déclaraient avoir changé leur pratique de travail et 60% trouvaient qu'ils étaient devenu plus attentifs aux interactions médicamenteuses. Les auteurs soutenaient dans la discussion la nécessité de développer un forum pour échanger les idées et signaler les erreurs des messages afin d'améliorer le système.

Les médecins interrogés témoignaient de leur préférence pour la formation médicale continue afin d'améliorer leurs pratiques et connaissances.

Le médecin numéro 5 témoignait:

« Je préfère faire les formations confraternelles. « Préfère » ce n'est pas le terme puisque au final je me sers plus d'internet. Mais c'est vrai que ça fait du bien de se retrouver entre confrères et d'avoir des êtres humains en face pour dialoguer. »

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) étant disponibles sur internet en tant que référence médico-légale, les médecins ont été relancés au cours des interviews sur leur utilisation spécifique lorsqu'ils n'avaient pas abordé le sujet spontanément.

Les médecins l'ont cité par rapport aux référentiels de durée d'arrêt de travail, comme le médecin conseil:

« Par exemple les référentiels sur les durées de travail en fonction de la pathologie, je m'y réfère souvent hein, parce que ça donne une idée. Vous savez nous les médecins conseils on doit prendre des décisions. Et c'est vrai que notre vécu personnel, il va influencer sur ces décisions. C'est important d'avoir la réflexion de la Haute Autorité de Santé, pour nous remettre un petit peu, j'allais dire les idées un peu plus clair. J'utilise beaucoup le site de la HAS. »

Les témoignages étaient en partie élogieux, ainsi le médecin numéro 6:

« Savoir ce que dit la HAS c'est toujours intéressant, important. »

Le jeune médecin numéro 8 décrivait son utilisation usuelle du site de la HAS basée sur les items de l'examen classant national (ECN):

« Alors je trouve c'est toujours la galère sur le site de la HAS. Ben moi la seule méthode où je me sens à l'aise, finalement parce que je l'ai travaillé pendant l'internat, en fait pour travailler l'internat en sixième année j'allais tout le temps sur le site de la HAS dans l'onglet ECN. Et en faisant la recherche par items des recommandations [...] comme ça je trouve plus facilement. Sinon j'arrive jamais à trouver. »

Une autre partie des réflexions face à la question étaient plus neutres ou critiques:

Médecin numéro 10: « Ca m'arrive de tomber dessus en faisant les recherches, mais je ne vais pas aller les chercher en priorité [...] elles sont un peu complexe peut être et pas attrayantes. »

Médecin numéro 1: « J'avoue que là, c'est vrai que les recommandations de la HAS moins, parce que je trouve que ça c'est très très théorique, il y a beaucoup, beaucoup de choses. Pas très pratique. [...] Après on en sort, finalement je crois que des fois ça nous fait encore plus poser des questions. [...] finalement on ne sait pas ce qu'il faut faire à la fin. »

Médecin numéro 2: « Je vais ponctuellement sur les recommandations de la HAS. [...] Ce sont des gens très intelligents qui doivent être très bien payés, et qui donnent depuis leur podium de très bon conseils. Voilà ça c'est le second degré. Le premier degré c'est: évidemment il faut des bonnes pratiques médicales, je pense qu'on les a déjà entendu avec les consensus, les formations médicales continues etc. »

Médecin numéro 3: « La HAS vous avez pas envie de lire, il faut 4 jours pour lire, c'est compliqué quoi. Nous on recherche, enfin la consultation chez nous elle dure entre un quart d'heure et vingt minutes. Je veux dire... on peut pas prendre 10 minutes pour lire un article sur une pathologie. En général ça se fait dans le temps de la consultation. »

Les médecins faisaient spontanément le lien dans leur discours avec les délégués de l'assurance maladie, comme le médecin numéro 1:

« La HAS, nous, il y a des piqûres de rappel sur certaines recommandations par rapport à ce qu'on appelle les DAM, les délégués de l'assurance maladie, qui viennent et eux ont des objectifs particuliers quand ils font leurs visites. Ils se réfèrent aux recommandations de la HAS et nous les rappellent. Mais bon franchement ils sont là dans un coin... Je le dis comme ça mais après...»

ou encore le médecin numéro 7:

« Les recommandations de la HAS c'est intéressant mais j'ai peur que [...] ça dérive vers des recommandations de la Sécu qui existent déjà. Où les délégués viennent dire au médecin quel pourcentage ils ont prescrits de chaque chose et je pense que ce serait un peu trop contrôler les prescriptions. Après ça n'empêche qu'on peut toujours prescrire ce qu'on veut. Mais je pense que le fait d'avoir chaque fois une icône qui s'affiche, je sais pas en rouge, si jamais on ne suit pas la recommandation, c'est un peu... Après il y a des recommandations qui sont bien, mais après je pense que ce serait un peu trop rigide.»

Les médecins exprimaient dans l'entretien une retenue envers les recommandations officielles de la HAS, jugées trop longues, difficiles à assimiler au sein d'une pratique de médecine générale tout en reconnaissant leurs valeurs comme dans le cadre d'arrêt de travail, de protocoles d'affection longue durée. Elles pourraient manquer de facilité de recherche sur internet.

Les interviews laissaient apparaître une tendance à la recherche de connaissances via des moteurs de recherche tels que google ou wikipedia. Il semblerait que les médecins ont gardé l'habitude d'utiliser le moteur de recherche google comme dans cet extrait du médecin numéro 1: « Internet a été un moyen et un outil formidable pour aller rechercher des informations médicales et autres. Et maintenant il y a pléthore d'informations qui nous arrivent parce que justement avec les moteurs de recherche tels que google,

parce que de toutes les façons c'est google, on tape un mot clé, [...] et vous avez effectivement tous les sites qui apparaissent. Mais c'est vrai qu'il faut aller bien distinguer le site qui corresponds le plus à notre recherche, parce que après il y a des sites qui sont farfelu ou qui ne sont pas très sérieux qui peuvent donner des informations très générales mais pas très "professionnelles" dans ce qu'on attend. Donc il faut faire très attention. »

Le médecin conseil déclarait:

« Alors très franchement il m'arrive d'aller sur internet pour chercher des références, je vais sur google, je tape la pathologie et jusque là ça va. Nous on n'est pas soignants. On a pas besoin des données dernières de la sciences. Donc j'utilise les bases de données habituelles qu'on trouve et ça me suffit amplement. »

Malgré la présentation négative de google dans cet extrait, ce moteur de recherche était très utilisé, ce qui pourrait s'expliquer par l'impératif du temps consacré à la recherche au sein d'une consultation d'une connaissance contextualisée.

Le second médecin conseil l'exprimait ainsi:

« Je peux parler un petit peu en tant qu'ex-généraliste. Je commençais vers la fin de mon exercice à utiliser un peu internet pour rechercher assez rapidement des renseignements. Parce que le médecin généraliste a besoin en général de renseignements rapidement. Je dis; je parle pour tout le monde, mais je crois que c'est logique de par la façon de travailler. Et ici j'utilise wikipedia en fait. En général wikipedia pour avoir une définition simple et quelques explications à propos d'un terme médical dont je ne connais pas le sens. »

Les médecins reconnaissaient l'utilité d'accéder à des définitions, comme sur wikipedia, en cas d'incertitude sur le savoir médical.

Le médecin numéro 9 témoignait utiliser plus facilement google que des sites médicaux auxquels elle était abonnée pour le gain de temps:

« Ba j'ai des sites médicaux mais je trouve que google il est mieux fait finalement (rires). Parce que avec google si vous tapez une maladie ou un symptôme ou quelque chose, hop! On vous propose toujours pleins de sites et il y a toujours un site qui renvoie sur une faculté, ou un truc bien fait. Alors que les sites médicaux il faut s'abonner, des fois il faut rechercher par mots clés. Je trouve que cela va plus vite avec google. »

Le médecin numéro 11 explicitait que le moteur de recherche était la première étape vers d'autres sites que nous avons analysé par la suite:

« Donc je vais sur google, je tape des sites. Alors bien sûr je sais sélectionner des sites sérieux. En évitant Doctissimo. »

Les médecins interrogés utilisaient internet durant les consultations pour rechercher des connaissances. Ils utilisaient principalement le moteur de recherche google du fait de la rapidité des résultats, et par habitude d'utilisation. Des systèmes d'aide à la décision médicale ont été décrit au sein de logiciel médical, cependant leur principal défaut était le nombre trop important de messages. Les médecins avaient peu recours aux recommandations de la HAS, qui nécessitaient un coût en temps critiqué.

III. Réseaux de partage de connaissances

Un site de médecine générale fréquemment cité était Esculape (26), décrit par le médecin numéro 1:

« Esculape par exemple [...] qui est très général mais synthétique sur les questions rapides, comme ça, où on a des difficultés à se rappeler les prises en charge, les conduites à tenir, les traitements. Ca nous rappelle éventuellement rapidement un traitement à donner ou les signes cliniques qu'on sait pas trop. Dans ma pratique quotidienne j'aime bien aller sur ce site. Voilà. Ensuite dans Esculape il ont aussi à l'intérieur des autres sites où ils peuvent nous rediriger sur des sites un peu plus spécialisés. Par exemple en pneumologie si on veut un truc sur la tuberculose, il nous renvoie sur des sites qui sont spécifiques sur la tuberculose. »

Cette citation introduit la notion de « social bookmarking », qui est le partage de liens favoris par les internautes. Le créateur d'Esculape est un omnipraticien le docteur Raybaud, qui y liste de nombreux sites ainsi que des moteurs de recherche.

Le médecin numéro 8 décrivait Antibioclic (27) :

« Et il y a pleins de gens qui ne connaissent pas certains sites, soit de référence: par exemple Antibioclic, [...] qui sont des outils d'aide à la décision assez rapide. »

Antibioclic se définit comme un outil thérapeutique pur, avec cinq variables proposées systématiquement dans la décision d'antibiothérapie: adulte, enfant, grossesse,

allaitement, insuffisance rénale. Il a été élaboré par un comité d'expert de cliniciens et infectiologues de la faculté Paris Diderot, il est financé par cette faculté et indépendant de l'industrie pharmaceutique. Ce site propose la fonction de partage sur des réseaux sociaux tels que Facebook ou Twitter.

Ces deux sites sont certifiés par la fondation HON (Health On the Net) qui collabore avec la Haute Autorité de Santé selon la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

« La mission de HON est d'aider les individus, professionnels médicaux et établissements de santé à utiliser le meilleur d'Internet et du Web afin de bénéficier des avantages et de la richesse de cet outil de connaissance et d'éducation inégalé jusqu'à présent .

Le code HON est un code de déontologie guidant les responsables de sites Web dans la mise en place de mécanismes fondamentaux permettant de mettre à disposition une information médicale de qualité, objective et transparente adaptée à la mission et à l'audience du site. La transparence d'un site améliore l'utilité et l'objectivité de l'information et la publication de données correctes (28). »

Ce code oblige les sites Web certifiés à respecter et présenter les informations suivantes sur leur site :

1. Autorité

Indiquer la qualification des rédacteurs

2. Complémentarité

Complémenter et non remplacer la relation patient-médecin

3. Confidentialité

Préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site

4. Attribution

Citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages de santé

5. Justification

Justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements de façon balancée et objective

6. Professionnalisme

Rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact

7. Transparence du financement

Présenter les sources de financements

8. Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale

Séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale

Le médecin numéro 7 citait ainsi:

« Après pour quand on a un souci au niveau diagnostic ou tout ça, on utilise beaucoup internet ça c'est sûr! Que ce soit la Has, ou il y a Pediadoc, il y a pleins de sites: Antibioclic, le site de l'Aphm aussi il y a pas mal de trucs: les antibiothérapies. »

Le site Pediadoc est une référence en ligne de pédiatrie rattaché à l'université de Toulouse, notamment par les membres du département de médecine générale (29). Ce site pratique également le social bookmarking, avec des liens internet référencés selon les catégories de recherche.

Les médecins recherchaient des sites spécialisés dans le cadre de l'incertitude balisée (3), qui consiste à réduire la plainte fonctionnelle à un symptôme, et à une prise en charge protocolaire. Leur recherche était ciblée sur des sites qui répondent à des critères de qualité comme cités précédemment ou encore de sociétés savantes.

Le médecin numéro 10 témoignait de sa pratique de recherche liée à la prise en charge aux urgences:

« Je vais surtout sur les sites des sociétés savantes en fait. Soit par exemple la société de médecine infectieuse, l'infectiologie. La SFAR pour les anesthésistes. La SOFCOT pour l'orthopédie. [...] c'est plus les références universitaires. Oui je vais aussi beaucoup sur le site du CHU de Rouen. »

Les médecins citaient les mêmes sites universitaires: Université de Rouen, Université de Lyon, Université de Tours, l'assistance publique hôpitaux de Marseille, collège des enseignants d'ophtalmologie, le site Orphanet de l'INSERM (30); ou bien les travaux issus de cursus universitaire, comme le médecin numéro 9:

« ou de quelqu'un qui a fait sa thèse, ou d'un cours par un prof. Donc finalement tu as les bonnes connaissances et ça va 100 fois plus vite »

Certains médecins déclaraient au contraire ne pas avoir de sites de référence, comme le médecin numéro 3:

« Je n'ai pas de site de référence qui me vient immédiatement à l'esprit. Mais je suis sûr que si je recherche sur internet je vais trouver. »

Les médecins étaient tous utilisateurs d'internet, avec pour la majorité une recherche d'informations bénéficiant d'une autorité scientifique issus de la formation universitaire ou de sites certifiés selon le code HON. Une pratique du partage de références selon le « social bookmarking » semble se dégager. Le *social bookmarking* (en français « marque-page social », « navigation sociale » ou bien « partage de signets ») est une façon pour les internautes de stocker, de classer, de chercher et de partager leurs liens favoris (31).

Une autre forme de partage de connaissances est une offre du groupe pharmaceutique « Merck Sharp and Dohme » (MSD) qui répond au besoin de formation et d'échange connecté sur internet.

Le médecin numéro 5 répondait ainsi à la question d'un abonnement sur internet:

- « - Oui, Univadis.
- D'accord. Et vous l'utilisez fréquemment?
- Quasiment tous les jours je regarde leur newsletter.
- C'est une sorte de formation?
- Oui c'est une formation légère mais ça fait toujours du bien! »

Le site Univadis® se présente comme « la référence en ligne des professionnels de santé », il appartient au groupe pharmaceutique MSD, l'une des cinq plus grandes sociétés pharmaceutiques mondiales (34).

Il est constitué de multiples volets:

- l'actualité médicale par spécialité
- une sélection de services médicaux utiles: Vidal, service médico-juridique, petites annonces, atlas anatomie 3D.
- un espace de formation médicale continue avec des centaines de modules en ligne.

Ses partenaires sont The Lancet, BMJ Learning, The JAMA Network. Il est disponible sous forme d'application mobile. Le laboratoire propose un réseau Comuniti® d'échange entre professionnels de santé, dont les données sont cryptées et sans publicité (35).

Un slogan disponible sur internet est: « Vous êtes un professionnel de santé très occupé et vous avez besoin d'accéder rapidement à de l'information médicale pertinente que vous pouvez partager avec vos pairs. Univadis vous donne accès à un ensemble de contenus médicaux de grande qualité dans votre spécialité pour vous aider à rester informé des dernières avancées médicales. »

Le groupe MSD propose également un service Docvadis® qui permet:

- d'accéder en ligne à une base documentaire santé pour conseiller les patients
- de constituer une bibliothèque personnelle de documents à partir de la base Docvadis
- de créer un site internet médical personnalisé afin de mettre en ligne des informations utiles sur l'activité (lieux, horaires) ou médicales destinées aux patients (36).

Au 10 mars 2014, ce site annonçait 20000 sites médicaux en ligne.

Nous pensons que l'offre du groupe pharmaceutique MSD répond au besoin des médecins généralistes de pouvoir se former sur internet et d'échanger avec leurs confrères ou même leurs patients.

Il existe un réseau indépendant cité dans l'étude santeconnect (13) créé par des médecins du nom de Meltingdoc (37). Lors de l'inscription une attestation professionnelle est exigée dans un délai d'un mois. La page d'accueil définit trois axes:

- retrouver ses confrères
- poser des questions médicales
- discuter entre médecins

Le site dispose de staffs ouverts souvent illustrés de photos, dont principalement des photos concernant de la chirurgie reconstructrice et des groupes de discussion privés aux thèmes très variés (faculté, hôpital, spécialité, diplôme universitaire). A la date du 2 mai 2015, ce réseau recensait 2022 membres sur 219 834 médecins recensés par l'Insee en 2014 (38).

Les médecins citaient comme référence des sites tenus par des médecins généralistes ou des initiatives universitaires certifiés par le code HON « Health on the net ». Une partie des sites pratiquaient le « social bookmarking » en référençant des liens favoris selon les pathologies. Ils citaient également des sites de sociétés savantes ou des universités de médecine, ainsi que des sites de groupe pharmaceutique proposant notamment une formation continue sous forme de mails. Des réseaux sociaux réservés aux médecins existent mais ils n'ont pas atteint le niveau d'utilisation de pays voisins.

Discussion

Partage de connaissances

Les médecins généralistes s'équipent de plus en plus d'un dossier médical informatisé dans leur pratique courante ces dernières années (80% en 2013). Dans le cas de cabinets en association, le partage de données concernant les patients devient plus fréquent. Cela apporte de nombreux avantages pour limiter les incertitudes relationnelles avec le patient, faciliter la continuité des soins en confiant les données des patients à son associé.

L'informatique peut soutenir l'omnipraticien dans ses décisions thérapeutiques, comme c'est le cas des logiciels d'aide à la prescription médicale, qui ont bénéficié d'un financement incitatif de l'assurance maladie (72% d'utilisation en 2013).

Les médecins généralistes évoluent vers une pratique en cabinet de groupe qui représente plus de la moitié du type d'installation, celle-ci semble impliquer un investissement accru pour la formation médicale continue ou la participation à un réseau de santé. Les médecins utilisent internet à travers des moteurs de recherche tels que google pour accéder rapidement à des connaissances dans le cadre de leur consultation. De nombreuses initiatives universitaires, collégiales ou de médecin généraliste sur internet apportent des connaissances aux omnipraticiens dans le cadre d'incertitude lors de la consultation. Ces sites sont en partie certifiés « Health On the Net » ou pratiquent le « social bookmarking ». Des réseaux sociaux réservés aux médecins existent, d'initiative privée ou indépendante, mais leur utilisation est faible en France. Les médecins s'intéressent aux connaissances reliées à leur poste de travail. Cela correspond à une évolution des pratiques de médecine générale du fait de l'informatisation des consultations et du référencement des meilleures informations disponibles sur l'outil internet.

Limites de l'étude

Nous avons mené une enquête qualitative avec des entretiens semi-dirigés, qui ont donné lieu à une production de matériel importante sur la polysémie du terme réseau en médecine générale, ainsi qu'aux témoignages des omnipraticiens sur leur recherche de connaissances sur internet.

Les limites de l'étude étaient le biais de sélection et de mesure: les généralistes interrogés appartenaient aux connaissances de l'investigatrice, travaillant principalement dans un réseau urbain. L'étude présentait un biais d'interprétation, les données étant analysées par l'investigatrice. Il s'agissait d'une démarche d'analyse subjective des entretiens qui n'est pas généralisable.

Le logiciel Nvivo était le support d'analyse principalement par codage, l'auteur ne maîtrisait pas toutes ses fonctionnalités.

Perspectives

Le partage de connaissances en médecine générale évolue aujourd'hui avec l'utilisation des réseaux de connexion au sein de la consultation. La thèse d'Aurélie Dor étudiait la présence des médecins généralistes sur les réseaux sociaux: « ils souhaitent améliorer la qualité des soins qu'ils délivrent. Les principales raisons qu'ils évoquent sont : une formation médicale continue avec un accès facilité aux nouveautés et une veille documentaire, des échanges avec des confrères permettant un soutien ainsi qu'une diminution de l'isolement, une extériorisation des difficultés du quotidien. La facilité d'utilisation, la rapidité des échanges ainsi que l'interactivité les séduits ; de même que la flexibilité, avec une utilisation intermittente et à la demande (32). »

Les médecins recherchent des connaissances au sein de leur consultation, même si la formation médicale continue reste le moyen le plus apprécié pour se former et échanger, ils n'ont qu'un temps limité à y consacrer. Des logiciels d'aide à la prescription médicale représentent une première évolution de connaissances contextualisées au sein du dossier médical. Les connaissances contextualisées ont fait l'objet d'études mais elles présentent la difficulté d'un codage correct au sein du dossier médical et de fournir une trop grande abondance d'information. Il existe aujourd'hui une grande diversité de logiciels professionnels, et un projet de partage des connaissances semble difficilement applicable au sein du dossier. Les médecins généralistes y seraient probablement réticents, du fait d'une crainte de surveillance de leur exercice.

La médecine devient de plus en plus technique et spécialisée, internet permet le partage et la recherche de connaissances en temps réel. Les perspectives d'évolution du partage de connaissances nous semble être un réseau social médical afin d'améliorer l'efficience

et le temps de recherche des médecins généralistes qui se doivent de « savoir un peu de tout ». La pratique du social bookmarking est une tendance que l'on peut observer sur les sites utilisés par les médecins généralistes. Le partage professionnel en réseau social est un avenir de la formation médicale, les offres disponibles sont celles d'un groupe pharmaceutique (Comuniti®) ou d'une initiative indépendante (Meltingdoc). Lorsqu'une technologie a le vent en poupe, l'effet feed back accélère la croissance: le succès engendre le succès. On assiste à un cercle vertueux. Cette dynamique est dominée par les utilisateurs qui sélectionnent la technologie qui finira par s'imposer et, en définitive, par le désir d'appartenir au réseau qui a (ou aura) le plus d'utilisateurs (33). Il semble qu'actuellement l'offre répondant de la manière la plus attractive aux besoins de formation continue et d'échange soit celle du groupe MSD, disposant de partenariat avec des journaux médicaux de renom. Cependant cette information présente la possibilité de conflits d'intérêts avec les offres commerciales liées au groupe pharmaceutique.

Cette interrogation a été posée par le médecin numéro 4:

« Peut être qu'il faudrait plus avoir accès aux études pharmaceutiques. Ca je ne sais pas si on y a le droit ou pas. Parce que c'est vrai quand les visiteurs médicaux viennent pour vous vendre leur salade là, on ne sait pas trop, ils nous disent oui l'étude machin, truc muche... a montré une baisse de 5 mmHg et on ne sait pas si c'est une référence, on ne sait pas ce que ça veut dire, si c'est vrai, on ne sait pas si le p est significatif. Et ça je pense que ça fait partie des informations qui devraient être un peu plus diffusées. Je sais pas si on y a accès en ligne?»

Univadis® est le principal acteur privé qui permet de recevoir ou d'échanger gratuitement une information de qualité sur les nouvelles études médicales, en tenant compte de l'impératif du coût en temps pour les médecins. La HAS délivre des certificats à travers l'initiative de « Health On the Net », ainsi que la possibilité de s'abonner à des newsletters.

Les recommandations de la HAS sont la référence médico-légale, elles étaient reconnues comme telles, mais elles n'étaient pas lues par les médecins généralistes car elles nécessitaient un temps de lecture trop long. Les omnipraticiens utilisent des sites selon le critère du temps, nous pensons que les recommandations devraient être plus accessible selon ce critère. Les sites cités par les médecins sont synthétiques et s'intègrent dans une démarche de réponse à l'incertitude qui est fréquente en consultation de médecine générale.

La valeur du Web réside dans sa capacité à fournir un accès théoriquement immédiat à l'information. Ce qui évolue, ce sont les possibilités de traitement de l'information (33).

L'information peut être analysée selon:

- le coût de production: l'information est coûteuse à produire (coût fixe) mais peu coûteuse à reproduire (coût marginal). Il faut fixer le coût de l'information en fonction de sa valeur pour les consommateurs et non de son coût.
- la propriété intellectuelle: la gestion de la propriété intellectuelle consiste à choisir les termes et conditions qui maximisent la valeur de la propriété intellectuelle
- la qualité de l'information se révèle à l'usage: ce sont des biens d'expérience permanents, ils ne se révèlent qu'à leur lecture.
- l'économie de l'attention: le prix Nobel de l'économie Herbert Simon écrit que « l'abondance de l'information engendre une pénurie d'attention ». Le problème n'est pas d'accéder à l'information mais de se protéger de la saturation. La valeur réelle apportée d'un fournisseur d'information provient de sa capacité à localiser, à filtrer et à communiquer l'information utile aux consommateurs (33).

Aujourd'hui le développement professionnel continu est soumis à la HAS, nous pensons que le partage de connaissances sur les réseaux devrait bénéficier d'une incitation complémentaire de la formation médicale continue.

Les médecins généralistes évoluent vers une pratique de cabinet de groupe avec partage des données des patients, nous supposons qu'ils s'investiraient dans une pratique de partage de connaissances. Le site Esculape est géré par le docteur Raynaud et rencontre une notoriété témoignée au travers des interviews, il répond aux attentes d'un médecin généraliste effectuant une recherche au sein de sa consultation. Ce type d'initiative mériterait de bénéficier d'un réseau spécifique aux médecins, avec la possibilité d'améliorer la diffusion des enseignements universitaires, la question des coûts de production et de propriété intellectuelle restant à statuer.

L'économie des réseaux obéit à des stratégies de lois économiques qui conditionnent leur réussite. Le logiciel et le matériel sont indissociables et complémentaires, un des concepts clés de l'économie de l'information. Seule leur utilisation conjointe est source de valeur. Dans les réseaux virtuels, les liens entre les points sont invisibles, comme par exemple l'échange de fichiers par les utilisateurs d'ordinateurs reliés les uns aux autres. La valeur de la connexion du réseau dépend du nombre d'autres personnes qui sont déjà connectées, car il vaut mieux appartenir à un vaste réseau qu'à un petit réseau. Les questions d'interconnexion et de standardisation sont déterminantes (33).

La thèse d'Aurélie Dor spécifiait: « Au fil de l'utilisation, ces médecins remarquent une évolution de leurs pratiques, de leurs modes de travail. Il existe une émulation permanente. De plus, ces réseaux génèrent des rencontres et des amitiés. [...] malgré des recommandations éthiques et déontologiques du CNOM, la question de l'anonymat reste débattue, et il n'existe encore aucun réel contrôle. » Selon nos recherches, le réseau Comuniti® nécessite un numéro RPPS pour s'inscrire en ligne, ou un numéro de téléphone gratuit est disponible pour les étudiants en médecine. Le réseau Meltingdoc exige une « copie de carte professionnelle, copie d'attestation d'inscription au Conseil de l'ordre, attestation de l'hôpital / clinique, etc... » afin de valider l'inscription et de pouvoir rester au sein du réseau social.

Il existe de nombreuses questions sur la propriété intellectuelle, la responsabilité imputable aux données publiées. Nous pensons que la qualité de l'information sélectionnée imposera le réseau des médecins dans le futur. Les offres du groupe MSD apparaissent très compétitives, de très nombreux articles sont disponibles en langue française. Selon l'économie des réseaux, celui qui aura le plus d'utilisateurs finira par s'imposer.

Le site delicious est un site web social permettant de sauvegarder et de partager ses marque-pages Internet et de les classer selon le principe de folksonomie par des mots clés ou « indexation personnelle » en français (39). Ce site peut servir de modèle afin de créer un réseau qui favorise le partage de connaissances indépendamment de l'industrie pharmaceutique. Nous pensons que les médecins seraient intéressés dans le partage en réseau de recommandations officielles ou sélectionnées sur internet, ainsi que la possibilité de les référencer dans une bibliothèque en ligne. Une initiative récente de ce type a été créée en lien avec les départements de médecine générale des universités Paris Diderot et Descartes: « Tools and doc » (40). Les documents indexés sont des recommandations de sociétés savantes, les liens proposés par n'importe quel internaute sont sélectionnés par une équipe de médecins. Le site propose des documents d'information patient, ainsi que la possibilité de voter sur la pertinence ou la qualité des liens proposés.

Conclusion

Les médecins généralistes ont recours à Internet pour rechercher des connaissances, ils utilisent des moteurs de recherche connus tels que google, ou des sites qu'ils connaissent pour leur capacité synthétique. Ces recherches ont lieu pendant la consultation, ce qui permet de contextualiser les connaissances. Les sites cités étaient souvent certifiés par le code « Health on the Net » qui permet d'authentifier la qualité et l'honnêteté des données publiées. Le groupe pharmaceutique « Merck Sharp and Dohme » propose plusieurs sites complémentaires de formation continue, d'échanges entre confrères ou de création de site d'informations destinées au patient. L'utilisation d'un réseau social réservé aux médecins semble être une perspective de pratique confraternelle de la médecine, et le réseau qui aura le plus d'utilisateurs finira probablement par l'emporter.

Bibliographie

1. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant G-J, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making*. juin 2003;23(3):226-231.
2. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale. SFMG. Doc Rech Med Gen 1998; n°52
3. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *SCIENCES SOCIALES ET SANTE*. mars 2008;26(1):67-91.
4. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris : L'Harmattan ; Louvain-la-Neuve, France, Belgique: CIACO; 1988.
5. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale (Thèse). France: université Strasbourg; 2013. 73p.
6. Werber B. Nouvelle Encyclopédie du Savoir Relatif et absolu. Paris; éd. Albin Michel, 2009, p. 7
7. Duhot D, Clerc P. L'incertitude en médecine générale: comment la réduire. *La revue du praticien*. octobre 2006;20 (744/745): 1089-1090
8. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994; (23):147-181.
9. Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
10. Raymond H. L'Architecture, les aventures spatiales de la raison. Paris, Centre Georges-Pompidou, Centre de la création industrielle, coll. « Alors », 1984.
11. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris; éd. Armand Colin; 2007.
12. Becker H. Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales. Paris, La Découverte, coll. « Guides repères », 2002.
13. Disponible: <http://santeconnect.com/resultats-observatoire-2012>
14. Cegedim Strategic Data. Physicians in emerging markets more open to using social networking sites compared to their European counterparts. Paris, 26 juin 2012. Disponible: <http://hugin.info/141732/R/1621862/518317.pdf>
15. Isidore. « Les applications santé et vous ». Juin 2014. Disponible: http://isidore-sante.-fr/WordPress3/wp-content/uploads/2014/07/Les-applications-sante-et-vous_Enquete_Isidore_2014.pdf

16. Schoen C, Osborn R. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affaires*. 2009 Nov-Dec;28(6): 1171-83.
17. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique : bilan un an après. 11 avril 2013. 25p. Disponible: <http://94.citoyens.com/files/2013/05/Bilan-ROSP-2012.pdf>
18. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique : bilan à deux ans. 10 avril 2014. 46p. Disponible: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013-2.pdf
19. Haute autorité de santé. Les logiciels d'aide à la prescription : questions-réponses. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_590233/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-questions-reponses?id=c_590233&#c_1336857
20. Baudier F, Bourgueil Y. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé N°157. Septembre 2010. Disponible: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
21. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Juin 2011. Disponible: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>
22. Lucas J. Dématérialisation des documents médicaux. Rapport adopté par le CNOM. Juin 2010. Disponible: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Dematerialisation%20des%20documents%20medicaux.pdf>
23. McDonald CJ, Hui SL, Smith DM, et al. Reminders to physicians from an introspective computer medical record: a two-year randomized trial. *Ann Intern Med*. 1984;100:130– 8.
24. Barnett GO, Winickoff RN, Morgan MM, et al. A computer- based monitoring system for follow-up of elevated blood pressure. *Med Care*. 1983;21(4):400–9.
25. Heselmans A, Aertgeerts B, Donceel P, et al. Family Physicians' Perceptions and Use of Electronic Clinical Decision Support During the First Year of Implementation. *J Med Syst*. 2012
26. Dr Raybaud H. Disponible: <http://www.esculape.com/1erevisite.html>. Esculape adhère aux principes de la charte HONcode de la Fondation "Health On the Net" de Genève
27. Dr Jeanmougin P, Pr Aubert J, Pr Bouvet E, Dr Lariven S, Dr Le Bel J. Disponible: <http://antibioclic.com/a-propos>. Antibioclic est certifié charte HONcode.
28. « Vers une transparence du contenu éditorial sur internet » Disponible: http://www-hon.ch/HONcode/Patients/Visitor_visitor_f.html
29. Oustric S, Boyer P, Bismuth P et al. Disponible: <http://pediadoc.fr/mentions>
30. Disponible: <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>. Orphanet est certifié HONcode.

31. Définition selon wikipedia. Disponible: http://fr.wikipedia.org/wiki/Social_bookmarking
32. Dor A. Les médecins généralistes présents sur les réseaux sociaux : qui sont-ils et que recherchent-ils ? : enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés (Thèse). France: université de Lille; 2014.
33. Shapiro C, Varian H. Economie de l'information, guide stratégique de l 'économie des réseaux. Harvard, U.S.A., éd. « De Boeck Université » pour la traduction, 1998.
34. Disponible: <http://www.univadis.fr/about-us>
35. Disponible: <https://www.comuniti.fr>
36. Disponible: http://www.docvadis.fr/_physician_splash/splash_physicians.html
37. Disponible: <https://www.meltingdoc.com>
38. Source: Drees. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2014.
Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
39. Disponible: <https://delicious.com>
40. Disponible: <http://toolsdocs.fr/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

L'incertitude est une situation courante en médecine générale, qui peut être liée à une maîtrise incomplète du savoir disponible, aux limites propres à la connaissance médicale, ou à l'identification entre ces deux possibilités. Il existe aussi une incertitude relationnelle due au défaut de communication entre le médecin et le patient. L'incertitude peut porter sur les faits ou les connaissances, le recours à internet étant une possibilité pour accéder aux connaissances contextualisées.

La question principale était les médecins généralistes seraient-ils dès à présent intéressés par le partage de connaissances reliées à leur poste de travail?

Nous avons effectué une étude qualitative à partir d'entretiens menés avec des médecins généralistes de la région PACA.

Les médecins ont recours à différents réseaux dans leur pratique. Le partage de données du patient était fréquemment pratiqué en cabinet où les médecins généralistes étaient associés, permettant une continuité des soins en cas de congé ou de défaut de communication avec le patient. Le dossier pharmaceutique partagé était une illustration de l'intérêt des médecins dans le partage de données, avec une possibilité de surveillance de la consommation des patients.

Les connaissances étaient souvent recherchées sur internet, même si le recours à la formation médicale continue ou le contact avec le spécialiste étaient privilégié par les médecins. Les moteurs de recherche cités étaient google ou wikipedia. Les sites privilégiés étaient esculape, antibioclic, ou les sites de référence universitaire ou de collège de spécialistes. On peut observer la pratique du « social bookmarking » sur ces sites, qui référaient les informations de qualité sur le Web. L'industrie pharmaceutique propose également des sites tels que Univadis®, Comuniti®, Docvadis® qui permettent de suivre l'actualité médicale ou l'échange entre confrères. Un réseau social indépendant d'échange entre médecins du nom de Meltingdoc est actuellement peu utilisé.

Les médecins ayant souvent recours aux données en réseau, il semblait que le partage de connaissances contextualisées serait une évolution possible. Suivant le principe de « la bonne information au bon moment pour prendre la meilleure décision » le traitement des données et des connaissances obéit aux lois de l'économie de l'information. La valeur de la connexion du réseau dépend du nombre d'autres personnes qui sont déjà connectées, car il vaut mieux appartenir à un vaste réseau qu'à un petit réseau. Les médecins interrogés lisaient peu les recommandations de la Haute autorité de santé, car trop chronophage. L'accessibilité sur internet de ces recommandations peut être améliorée par une version synthétique destinée aux omnipraticiens et à la création d'un réseau social permettant d'échanger entre confrères et d'améliorer la diffusion et le référencement des informations sélectionnées par les médecins.

Mots clés:

incertitude, médecine générale, réseaux de connexion, partage, entretiens, connaissances contextualisées, sites médicaux