

Construction de la valeur d'usage des sources d'information stratégiques en médecine : application dans le domaine hospitalo-universitaire

Samuel TIETSE, Laboratoire CERSATES - Université Charles de Gaulle Lille3
BP. 149 - 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex - France
samuel.tietse@univ-lille3.fr

Mots-clés :

Sources d'information stratégiques, Valeur d'usage, Médecine factuelle, Veille médicale, Médecins hospitalo-universitaires

Keywords :

Strategic Information sources, Use value, Evidence Based Medicine, Medical Watch, Teaching hospital physicians

Palabras claves :

Fuentes de información estratégicas, Valor de uso, Medicina efectiva, Víspera médica, Médicos de hospital clínico

Résumé

De nos jours, l'enjeu majeur d'une médecine forte reste la qualité des soins. Cet attribut est conditionné par une pratique clinique s'appuyant désormais sur des preuves scientifiques solides lorsqu'elles sont disponibles, et sur l'actualisation des connaissances des médecins. S'ensuit une nécessité qui oblige les professionnels de la santé à s'informer ou se former en toute confiance. Afin d'y parvenir, ils doivent rechercher et identifier l'information pertinente parmi toute celle accessible à travers diverses sources. Se pose alors le problème de la pertinence d'une source et dans cette optique, il nous a paru intéressant de déterminer la perception des médecins vis-à-vis des sources d'information stratégiques afin de construire une valeur d'usage associée à ces dernières dans le domaine de la santé.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête concernant une population de 113 médecins hospitalo-universitaires en région Rhône-Alpes et dans la Loire dont une bonne majorité ressentent le besoin de s'informer et de se former. Ils s'en donnent les moyens et privilégient certaines sources d'information jugées stratégiques : les bases de données et portails médicaux spécialisés en ligne, les Forums et News, les bibliothèques personnelles (presse médicale de formation, ouvrages de référence), enfin ils ont recours aux avis de leurs confrères et collègues pour rendre performantes et efficaces des stratégies de soins qu'ils développent face aux patients.

1 - Introduction

La médecine est en train de vivre dans un monde en pleine mutation. Tandis que les sources d'information dans ce secteur s'élargissent et se diversifient à un rythme croissant jamais atteint, la plupart des médecins dans le cadre de l'appui à la recherche et aux activités hospitalières tentent de s'approprier de l'information dynamique captée de certaines sources d'information qu'ils jugent pertinentes et stratégiques.

Même si la médecine, au-delà des bases scientifiques sur lesquelles elle s'établit, a constamment reposé sur la croyance en un art magique du guérisseur, il s'est toujours développé une certaine inquiétude quant à la compétence et la validité des connaissances de ses acteurs. L'utilisation de leur savoir est d'autant plus problématique qu'une actualisation des connaissances est indispensable à chaque médecin appelé à connaître la dernière innovation dans son domaine au moment de pratiquer des soins à ses patients. Afin d'être à la hauteur de cette confiance, il leur faut pouvoir se former et s'informer tout le long de leur carrière, et cela n'est rendu possible que lorsqu'ils fréquentent et se fient à des sources d'information « stratégiques ». Par ailleurs, l'utilisation des technologies de l'information et Internet entre autres représente aujourd'hui une opportunité unique pour ces médecins d'offrir de meilleurs soins aux patients et de mener leurs activités en tenant compte des avancées de la recherche fondamentale et des données actuelles sur la science (DAS) disponibles.

Il revient donc aux médecins de faire confiance en certaines sources d'information dont on peut identifier une valeur d'usage. Mais comment s'opère le choix de telle ou telle source d'information stratégique ? Sur quels critères repose la confiance, autrement dit la valeur d'usage de ces sources ? Nous tentons dans cet article de construire la relation entre la valeur d'usage, c'est-à-dire ce niveau de confiance et les sources d'information utilisées par les hospitalo-universitaires, demandeurs de flux d'informations fiables et actualisées pour la pratique d'une médecine factuelle.

2 - Méthodologie

Après avoir dressé une typologie des sources d'information stratégiques accessibles aux médecins, les résultats de notre enquête seront éclairants à la fois sur la perception des médecins hospitalo-universitaires (Soins, Enseignement et Recherche en médecine) quant à la valeur (confiance) accordée à telle ou telle source d'information stratégique, leur implication en matière de veille, d'information et de formation, sur la fréquence d'utilisation de ces sources, sur la qualité des informations retirées, et enfin sur les raisons du recours à certaines sources considérées plus stratégiques que d'autres.

3 – Sources d'information stratégiques et niveau de confiance : une approche théorique

En sciences de la santé doit être stratégique toute information qui soit centrée sur le patient. Une information stratégique et utile peut l'être par son intérêt pratique exécutable ou théorique, stratégique par sa fréquence d'utilisation, par l'importance de son contenu, par son exemplarité (reproductibilité), ou par son lien avec une intervention préventive ou curative possible.

La valeur d'usage d'une source d'information est l'expression de ce qu'un utilisateur serait prêt à renoncer (payer) pour acquérir de l'information de cette dernière. L'analyse de la valeur est une méthode de compétitivité organisée visant la satisfaction du besoin de l'utilisateur [2]. Elle se caractérise par l'utilisation de méthodes participatives qui permettent de traduire le besoin de l'utilisateur non pas par un produit mais par des fonctions utiles. Nous avons inspiré la rédaction de notre questionnaire sur la définition précédente et la méthode proposée par POSTEL – VINAY [2].

3.1 - Spécificités d'une source d'information médicale

Ce terme générique de « source d'information » inclut l'information externe sous forme de publications (imprimées ou numériques), les bases de données, les moyens de conservation et de diffusion de l'information, les réseaux d'information, les ressources humaines ..etc. En médecine, le professeur A.

MORIN [5] propose la définition suivante : « une source d'information médicale est un support contenant des éléments de connaissance médicale susceptibles d'être codés pour être conservés, traités ou communiqués, et être utilisés ». Les supports pouvant être de différentes natures : physique, écrite, orale, visuelle ou combinées.

Les informations contenues dans des sources sont de qualités différentes et peuvent être regroupées en plusieurs niveaux. Nous considérons le regroupement proposé par Guy LLORCA[3] sur cinq niveaux :

Tableau 1

Niveau	Information
A	Scientifiquement admise
B	Scientifiquement acceptable
C	Utile en l'état des connaissances
D	Non vérifiée
E	Actuellement non vérifiable

Les acteurs de la santé, vigilants dans l'utilisation des sources d'information, gardent à chaque instant la notion de sécurité, de fiabilité ainsi que de l'esprit critique.

Fiabilité, sécurité et esprit critique conditionnent une information pertinente. En médecine, l'information pertinente représente l'information dynamique ou stratégique. La fiabilité d'une information est en fait la fiabilité de la source qui la contient. François Jacobiak [6] soulignait que cette information pertinente est celle qui est « *particulièrement indispensable pour permettre d'agir ou de décider où que l'on soit ...* ». Elle est issue des sources stratégiques auxquelles feront recours la plupart des médecins confrontés à une activité dans leurs services. En médecine, ces sources d'information stratégiques sont tributaires d'un certain nombre de critères[3] : elles doivent être au moins **exactes, utiles**, datées, et si besoin **réactualisées** et **accessibles**. Cette réflexion nous a conduit à expliciter la notion de valeur d'usage, autrement dit, du niveau de confiance.

3.2 – Valeur d'usage et concept de médecine factuelle

Le « petit Robert » définit la confiance comme « *un sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose* ». On en déduit que le niveau de confiance exprime une échelle de valeurs ou un degré de sentiment de sécurité que chaque personne accorderait à quelqu'un ou à quelque chose. La confiance est une valeur, parfois subjective, dépendante des appréciations et des expériences personnelles.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons eu besoin de définir cette échelle de valeurs. Cela a été possible dans le domaine de la santé en se basant sur une démarche conceptuelle de **médecine factuelle**, « Evidence-Based Medicine », EBM en anglais, née du souhait d'une médecine d'efficacité démontrable par les faits et non par la simple logique. La médecine fondée sur les preuves repose sur l'analyse de pertinence et de fiabilité des pratiques professionnelles. Dans cette optique, peu importe la connaissance sous-jacente du " pourquoi " si l'on possède le " comment ". On ne demande pas au praticien de savoir, mais uniquement d'appliquer des procédures validées. Elle fait partie de la médecine clinique présentée comme une approche méthodique de la pratique médicale fondée sur l'analyse critique de l'information, où la décision médicale ne doit plus se fonder sur l'expérience personnelle mais sur une meilleure utilisation des données actuelles de la science (DAS) [SACKET et al., 1996]. La connaissance qui a été acquise dans la résolution d'un problème clinique pratique sera retenue et utilisée pour soigner de futurs patients, d'où son nom : **médecine fondée sur un niveau de preuves**. Rechercher dans la littérature les articles correspondant, la pratique de l'EBM consiste à évaluer et utiliser les résultats de la recherche comme base de décisions cliniques. Elle impose une recherche de l'information stratégique disponible, de qualité optimale et actualisée, constituant une aide à la décision. Le médecin se fait sa propre opinion sur la base d'une méthodologie raisonnée et d'une recherche efficace de l'information pertinente issue d'une source stratégique. Il est par ailleurs amené à faire face à l'évolution rapide du savoir médical, à l'accroissement de la quantité d'informations nouvelles et à pratiquer de la veille médicale. L'objectif de l'EBM est de mieux soigner les malades par des médecins conscients du rythme d'évolution des DAS.. »[74].

Dans le cadre de notre enquête, nous avons considéré la proposition de Guy LLORCA qui énonce que « la valeur d'usage de base des sources d'information (niveau de confiance de référence) est assimilée au niveau de confiance fiable et utilisable en pratique quotidienne ». Cette définition fait appel à la notion d'**exactitude** selon le niveau pratique de preuve, **d'utilité, d'actualisation et d'accessibilité**.

- **L'exactitude** fait référence à la fiabilité [3]. Une information est qualifiée de fiable si elle se conforme aux données admises par la science ou si, en l'absence de données scientifiquement établies, elle est annoncée comme une hypothèse ou un fait en quête de validation. C'est la démarche de « l'evidence-based medicine », définie comme le procédé permettant de chercher, d'évaluer et d'utiliser les « Données Actuelles de la Science » (DAS) comme fondement des décisions cliniques. La décision médicale devient obligatoirement « le choix le moins mauvais » compte tenu de l'état des connaissances scientifiquement admises et des conditions contextuelles. La notion de **niveaux de preuve** permet de situer l'écart actuel d'une information par rapport à la vérité scientifique. Elle représente le seul critère de fiabilité se substituant à toute instance décisionnelle. La démarche factuelle cherche à donner une rigueur à ces niveaux de preuve à l'aide d'échelles tenant compte de la valeur prédictive des travaux publiés en fonction de leur qualité.

Ces réflexions nous conduisent à classer des niveaux pratiques de preuve (fiabilité) concernant les sources d'information d'après le domaine cognitif du savoir (Tableau 2).

Tableau 2 : Classification des niveaux de preuve (fiabilité) concernant les sources d'information

Niveau	Descriptif
A	Données scientifiques issues de méta-analyses irréfutables ou de sciences exactes
B	Données scientifiques concordantes (consensus international)
C	Données de l'expérience régionale (consensus national ou professionnel)
D	Données établies sur l'habitude (empirique)
E	Absence de données scientifiquement exploitables en l'état des connaissances

On part du principe qu'une information fiable repose en fait sur la fiabilité de la source qui la contient. D'après ce tableau 2, une information de niveau « A » correspond au niveau maximum de sécurité, en l'état des connaissances en médecine (information de type anatomique, concept physiologique éprouvé, critères majeurs de diagnostic, bénéfices thérapeutiques déduits d'une méta-analyse irréfutable).

Une information de niveau « B » correspond à des données certainement exactes mais issues de processus de consensus.

Une information de niveau « C » correspond à des données utilisables mais susceptibles d'évoluer.

Une information de niveau « D » correspond à des données empiriques nécessitant une évaluation pour être confirmée.

Une information de niveau « E » correspond à des données dont l'état actuel de la science ne permet aucune conclusion mais cela ne veut pas dire que cette connaissance soit erronée.

- **L'utilité** fait appel à la notion d'information utile. Or, en sciences de la santé est utile une information qui soit centrée sur le patient. Une information utile peut l'être par son intérêt pratique exécutable ou théorique, utile par sa fréquence d'utilisation, par l'importance de son contenu, par son exemplarité (reproductibilité), ou par son lien avec une intervention préventive ou curative possible.

- **L'actualisation** fait appel à la notion de l'information utilisable au quotidien et qui implique que cette source soit constamment actualisée ou porte sa date de conception

- **L'accessibilité** traduit ici une information utilisable au quotidien et qui doit être accessible puisqu'une information utile non accessible ne servirait à rien.

De ce qui précède, une **valeur d'usage de référence** (niveau de confiance de référence) correspondra au moins au niveau pratique de preuve « C », il sera relatif à une information utile, réactualisée et accessible.

En rapport à cette valeur d'usage de référence, nous pouvons déterminer les extrêmes de notre échelle de valeurs en définissant le niveau zéro de confiance (0% de fiabilité) et le niveau maximum de confiance (fiable à 100%).

- **Le niveau de confiance zéro** correspondra aux sources d'information de nature dangereuse et de nature « désinformative » à éliminer ou à combattre

- **Le niveau maximum de confiance** va correspondre dans l'idéal, à une information fiable toujours vérifiée dont la somme des études comparatives qui la constituent aboutit à un risque nul de variation (pratiquement jamais atteint).

Ensuite, nous définirons deux niveaux de confiance intermédiaires compris entre le niveau zéro et le niveau de référence. La détermination de ces deux niveaux de confiance est guidée surtout par l'existence ou non d'une *notion du besoin de s'informer* (s'approprier des connaissances), et d'une *notion du besoin de se former* (acquérir une compétence en vue d'améliorer ses pratiques quotidiennes, s'approprier des connaissances utiles et les utiliser de manière éthique et stratégique).

- **Le niveau de confiance sans intérêt** correspondra aux sources d'information qui ne suscitent pas la curiosité, ni l'envie des acteurs de santé d'aller rechercher les données nécessaires, parce qu'elles ne répondent pas à un besoin de s'informer, ni même de se former. Ce niveau de confiance correspondrait au niveau « E » de la classification des niveaux pratiques de preuve (absence de données scientifiques exploitables en l'état des connaissances).

- **Le niveau de confiance « fiable avec réserve »** correspondra aux sources d'information qui suscitent la curiosité des acteurs de santé et l'envie d'aller rechercher l'information pour approfondir ou vérifier les niveaux de preuves. Ce niveau de confiance correspond au niveau « D » de la classification.

Nous avons ainsi défini une échelle de valeurs d'usages à cinq niveaux de confiance :

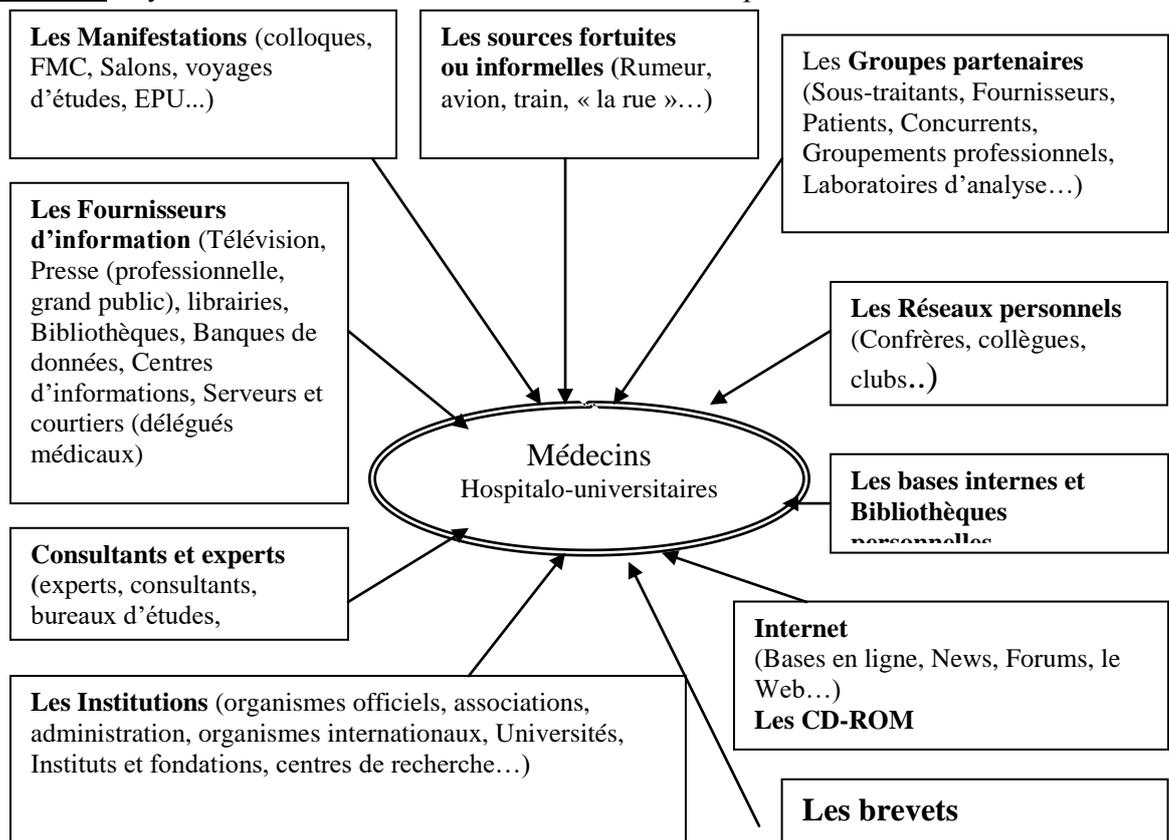
Niveau ZERO : Sources d'information dangereuses ou de « désinformation » ; **Niveau UN** : Sources d'information sans intérêt ; **Niveau DEUX** : Sources d'information fiables avec réserve ; **Niveau TROIS** : Sources d'information fiables et utilisables en pratique quotidienne ; **Niveau QUATRE** : Sources d'information fiables à 100%

Cette échelle de valeurs nous conduit à nous intéresser aux différents types de sources d'information médicale utilisables dans un environnement hospitalo-universitaire.

3.3 – Typologie des sources d'information en médecine

L'analyse des résultats de l'enquête nous a permis de déterminer les différentes sources d'information qu'utilisent les médecins. Elles sont multiples selon ce schéma de synthèse :

Schéma 1 : Synthèse des sources d'information du médecin hospitalo-universitaire



On a souvent basé la notion de pertinence des sources sur la régularité des publications, le coût des informations trouvées et la qualité du contenu de l'information.[7]. Tandis-que la notion de source stratégique, pour sa part, traduit une source disposant d'une information à caractère stratégique, c'est-à-dire une information qui peut permettre à un médecin de prendre une décision d'importance stratégique pour les soins des patients. Le caractère stratégique de l'information dépendra de la capacité d'un praticien à utiliser cette information.

L'analyse du tableau précédent montre que les sources d'information stratégiques peuvent être formelles (documents, bases de données, Internet, etc.) ou bien informelles (confrères, observations visuelles, rumeurs, etc.), ce qui nous amène à distinguer :

- Des sources d'information interactives ou semi-interactives qui permettent au médecin hospitalier d'avoir un dialogue, un échange de points de vue, d'avis concernant des questions pratiques et théoriques (FMC, l'EPU, stages hospitaliers, les congrès et séminaires, l'industrie pharmaceutique, la visite médicale, les patients, les échanges entre confrères, etc.) ;

- Des sources non interactives ou inertes où on retrouve les supports écrits (presse grand public et professionnelle, livres médicaux...), les supports audio-visuels (radio, télévision, vidéocassettes...), les courriers médicaux et les compte-rendus d'hospitalisation, les différentes structures regroupant les différentes sources d'information (bibliothèque personnelle du médecin, bibliographie, bibliothèques universitaires...);

- Des sources mixtes interactives et non interactives qui recouvrent les différents supports informatiques d'information (disquettes, vidéo-disques, les CD-ROM, les DVD..), - la télématique (minitel, communication en réseau : Internet,...), enfin les systèmes d'aide à la décision .

La construction de la valeur d'usage sera possible en faisant recours à la démarche conceptuelle de médecine factuelle et grâce à la typologie des sources qui vient d'être établie.

Quels liens peut-on cerner entre le recours à certaines sources d'information stratégiques et la valeur d'usage ? Nous nous servirons de notre enquête pour déterminer les sources d'information stratégiques les plus utilisées au quotidien dans le cadre d'une veille médicale (stratégie de soins, de recherche ou d'enseignement), ensuite, nous vérifierons s'il y a des facteurs particuliers pouvant influencer le choix de telle ou telle source d'information.

4 – L'enquête

4.1- Justification

Le but de notre enquête est de cibler les sources d'information stratégiques, utilisables en pratique quotidienne, selon les orientations des médecins et de permettre l'analyse du « pourquoi » une source serait-elle particulièrement privilégiée à une autre ?

4.2 - Matériel et méthode : une analyse basée sur une enquête quantitative

Nous avons mené une enquête quantitative par le biais d'un questionnaire qui a été envoyé auprès de 350 médecins hospitalo-universitaires exerçant dans la région Rhône-Alpes et dans la Loire. 113 réponses ont été recoupées.

Le questionnaire comprenait quatre parties – la première partie nous a permis d'identifier des facteurs propres pouvant influencer les choix des sources d'information tels que l'âge, le sexe, la connexion à Internet ou pas, le type et lieu d'activité – la deuxième partie permet d'évaluer l'intensité de la motivation liée à la recherche d'information et de formation – la troisième partie permet de déterminer les sources d'information les plus sollicitées par les médecins selon leur fréquence d'utilisation – et enfin la quatrième partie visait à obtenir des précisions sur les sources d'information les plus fiables et donc les plus stratégiques aux yeux des praticiens.

4.3 - Résultats et analyse de l'enquête

76% de médecins interrogés sont des hommes et 24% des femmes ; 78% d'entre eux ont plus de trente cinq ans et la plupart (une bonne majorité) sont installés ou exercent depuis trois ans. Tous disposent d'une connexion à Internet aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. Ils reçoivent ou consultent en ligne dans une fréquence hebdomadaire des bases de données médicales, des CD-ROM, des systèmes d'aide à la décision, des sites Web, des News, des forums, des revues d'information telles que le Généraliste (81%), le Quotidien du Médecin (77%), le Panorama du Médecin (55%), l'Impact Médecin (54%) – des revues de formation dont 73% déclarent en recevoir une toutes les semaines, 52% en reçoivent deux et 17% en ont trois chaque semaine. Les revues de formation les plus citées (disponibles sur Internet et sur support écrit) sont : la Revue du Praticien à 79%, le Concours Médical à 58%, Prescrire à 40% et FMC Hebdo à 32%.

Nous avons croisé le type de sources d'information utilisées pour être à jour dans les connaissances médicales à leur fréquence d'utilisation (**Tableau 3**). A partir de ce croisement, nous avons pu observer que seulement cinq sources d'information sont utilisées plus de quatre fois par mois par plus de 50% de médecins dont – les sources télématiques (Internet, bases de données en ligne (EBM, Cochrane,...), news, forums...) en premier avec 62% de citations ; la presse médicale de formation avec 61%, les courriers médicaux des spécialistes et compte-rendus d'hospitalisation à 61%; les échanges avec les confrères à 54% ; les réseaux, forums et News, bibliothèques personnelles à 51%, enfin la presse médicale d'information à 49%.

Nous avons également croisé le type de sources d'information utilisées pour être à jour dans leurs connaissances et le niveau de confiance que les médecins accordent à ces différentes sources (**Tableau 4**). On s'aperçoit que deux des sources d'information : les sources audio-visuelles et les patients ont été respectivement cités à 10% et 11% par les médecins comme étant des sources dangereuses ou de désinformation. En revanche les courriers médicaux et compte-rendus d'hospitalisation, les bibliothèques personnelles, la presse médicale de formation, les colloques et les sources télématiques (CD-ROM, bases de données en ligne, forums...) ont remporté la palme de confiance des médecins dont la grande majorité déclarent se fier quotidiennement en utilisant ces courriers médicaux et d'hospitalisation à 66%, la presse médicale de formation à 64%, les bibliothèques personnelles à 62%, les séances de FMC, EPU et congrès à 55% et les sources télématiques (Internet et autres...) à 52% .

Quelles sources utilisent les médecins en premier recours ?

A la question de savoir quelle est la source stratégique à laquelle les médecins ont en premier recours afin de poser des actes médicaux ou pallier à une carence d'information, les praticiens répondent à 62% qu'ils font appel aux bases de données et sites spécialisés en ligne ; à 58% qu'ils font appel à leurs confrères ; à 44% qu'ils font appel à leur bibliothèque personnelle et à 37% qu'ils font recours à la presse médicale.

Pourquoi ces sources d'information sont choisies en premier recours ?

Les médecins parlent :

- De l'**accessibilité** des sources à 59% : ce critère est synonyme de rapidité et est prépondérant pour toutes les sources d'information préférées en premier recours. Internet et la presse médicale ont été les sources pour lesquelles cette caractéristique sied le mieux puisque les médecins les qualifient « d'accessible rapidement » respectivement à 83% et à 72% ;
- De leur **fiabilité** à 43%, ce critère a été péblicité pour plusieurs sources d'information et enfin,
- De leur **convivialité** à 38%

Tableau 3

Type de sources d'information	Fréquence					
	Plus de 4 x par mois	De 1 à 4x par mois	De 1 à 4x par trimestre	De 1 à 4x par an	jamais	Pas de réponse
Bibliothèque universitaire	12%	10%	20%	38%	17%	3%
Bibliothèque personnelle	49%	23%	18%	9%	1%	1%
Les centres de bibliographie	24%	28%	20%	19%	5%	4%
La presse						
Presse médicale de formation	61%	33%	4%	2%	1%	1%
Presse médicale d'information	49%	34%	13%	2%	1%	-
Presse grand public	19%	12%	16%	30%	21%	2%
Les supports audio-visuels						
Emission de radio	2%	4%	1%	23%	68%	2%
Emission de télévision	3%	3%	7%	17%	67%	3%
Les livres médicaux						
Documents primaires	12%	15%	13%	15%	44%	11%
Documents secondaires	8%	12%	20%	18%	40%	2%
Documents de référence	10%	9%	21%	14%	43%	3%
Ouvrages médicaux des librairies	10%	13%	17%	20%	36%	4%
Ouvrages de référence (conférences de consensus, recommandations de bonne pratique...)	15%	19%	26%	25%	14%	1%
Les supports électroniques						
Les CD-ROM , disquettes, vidéo-disques, les DVD	6%	6%	20%	30%	36%	2%
La télématique						
Le Minitel	2%	3%	4%	9%	76%	6%
Internet (Web, Bases en ligne, News, Forums, systèmes d'aide à la décision,...)	62%	22%	12%	3%	-	1%
Les courriers médicaux et comptes-rendus d'hospitalisation	61%	20%	10%	6%	2%	1%
Les réseaux personnels						-
Relations entre confrères	54%	41%	13%	7%	1%	-
Les manifestations						-
FMC, EPU, stages hospitaliers,	34%	30%	29%	4%	1%	-
Congrès, séminaires, vacations hospitalières, colloques, salons,	32%	34%	27%	6%		1%
Industries et laboratoires d'analyse	21%	19%	25%	15%	16%	4%
Les visiteurs médicaux	48%	22%	17%	5%	7%	1%
Les patients	8%	11%	15%	18%	38%	10%
Les brevets	2%	3%	3%	58%	31%	3%
Les sources informelles (rumeur...)	1%	1%	1%	2%	87%	8%
Autres sources : précisez						

5- Discussion

En entreprenant cette enquête, un de nos objectifs était de construire une valeur d'usage des sources d'information et de déterminer comment le choix de telle ou telle source d'information est conditionné à la fois par un désir de formation, d'information des acteurs ou par une mise sur pied d'une stratégie de soins pour des patients. Il était donc indispensable d'évaluer la perception de la confiance des médecins concernés par notre questionnaire au regard des sources d'information médicale qui leur sont familières.

Nous avons dû rendre opératoire le concept de confiance en définissant cinq niveaux allant de la source la moins sûre à celle la plus fiable à 100% (confiance totale). Nos hypothèses de départ étaient relativement simples puisqu'il s'agissait de mettre en lumière la relation entre le niveau de confiance et le recours à certaines sources stratégiques d'information médicale. Et, au-delà de ce questionnement, savoir comment les médecins s'approprient des connaissances leur permettant de prendre en charge leur information et leur formation lorsqu'ils accèdent à ces sources. En croisant les pourcentages les plus élevés en matière de fréquence et de confiance, on s'est aperçu que **l'Internet avec les bases de données en ligne, les forums et News, les confrères, la presse médicale de formation et d'information, les courriers médicaux des spécialistes et d'hospitalisation, les bibliothèques personnelles** étaient les sources d'information les plus stratégiques puisqu'elles combinent à un haut degré les deux facteurs. Nous pouvions remarquer également l'esprit critique et l'autonomie de pensée des médecins puisqu'ils dissocient parfaitement fiabilité et fréquence d'utilisation au quotidien : même s'ils consultent très fréquemment la presse médicale d'information (62% d'entre eux l'utilisent plus de quatre fois par mois), ils ne sont que 30% à l'utiliser au quotidien.

Tableau 4 :

Type de sources d'information	Niveau de confiance					
	Dés-information	Sans intérêt	Fiable avec réserve	Fiable, utilisable au quotidien	Fiable à 100%	Pas de réponse
Bibliothèque universitaire			4%	30%	28%	38%
Bibliothèque personnelle			2%	62%	26%	10%
Les centres de bibliographie			1%	30%	15%	54%
La presse						
Presse médicale de formation			16%	64%	17%	3%
Presse médicale d'information		2%	51%	32%	8%	7%
Presse grand public	3%	12%	42%	8%	1%	34%
Les supports audio-visuels						
Emission de radio	10%	17%	33%	4%		36%
Emission de télévision	9%	20%	40%	7%		24%
Les livres médicaux						
Les documents primaires			5%	12%	14%	69%
Les documents secondaires			4%	10%	9%	77%
Les documents de référence		1%	3%	17%	7%	72%
Les ouvrages médicaux des librairies		2%	7%	6%	5%	80%
Ouvrages de référence (conférences de consensus, méta-analyses, RBPC)			9%	24%	19%	48%
Les supports électroniques						
Les CD-ROM, vidéo-disques, DVD		1%	39%	24%	8%	28%
La télématique						
Internet (Web, Bases en ligne, News, Forums, systèmes d'aide à la décision, Minitel ...)		2%	25%	52%	21%	-
Les courriers médicaux et comptes-rendus d'hospitalisation		1%	10%	66%	12%	11%
Les réseaux personnels						
Echanges entre confrères			20%	45%	11%	24%
Les manifestations						
La FMC, EPU et stages hospitaliers,		4%	13%	55%	10%	10%
Congrès, séminaires, colloques	1%	5%	60%	15%	4%	15%
Industries et laboratoires d'analyse			12%	11%	5%	72%
Les visiteurs médicaux	9%	15%	45%	8%		33%
Les patients	11%	13%	47%	3%		26%
Les brevets			2%	15%	18%	65%
Les sources informelles	5%	15%	35%	4%	3%	38%

6 – Conclusion

L'appropriation réelle des TIC (Internet et autres...) passe obligatoirement par une construction de leur valeur d'usage. Nous avons entrepris une analyse ayant pour but de construire la valeur d'usage des sources d'information stratégiques dans le domaine médical. Nous nous sommes appuyé sur les résultats d'une enquête que nous avons effectuée auprès de 113 praticiens hospitalo-universitaires en région Rhône-Alpes et dans la Loire. La majorité des médecins ayant répondu ressentent le besoin de se former et de s'informer pour la perfection et la qualité des soins, pour des conseils à leurs patients. Ils s'investissent en consacrant du temps à la recherche d'informations nécessaires à leur pratique quotidienne et en réservant un budget conséquent à leur information et à leur formation.

Ils n'ont pas recours à une seule et unique source d'information et gardent un esprit critique lorsqu'ils consultent les sources stratégiques selon eux : les bases de données médicales en ligne avec l'Internet, les sites et portails médicaux spécialisés : Medline, sites de l'EBM, du GBPC (Guides de Bonnes pratiques Cliniques), les forums et news, la presse médicale de formation, les courriers médicaux et compte-rendus d'hospitalisation, les bibliothèques personnelles et les confrères, même si certains d'entre eux ont une orientation exclusive et ne se sentent plus concernés par une médecine basée sur des preuves. Ces derniers ont tendance à s'enfermer de fait dans un carcan et délaissent ainsi l'usage des données factuelles et actuelles du savoir médical qui aident à la décision. On a pu observer que l'usage des sources d'information stratégiques sous l'impulsion de l'informatique des réseaux a permis d'accroître le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des médecins tout en soutenant une activité de veille médicale.

Le concept de valeur d'usage ou de confiance est apparu comme central à notre étude et a conditionné de ce fait l'avenir d'une source d'information stratégique pleine de promesses qu'est l'Internet. Par nécessité et par obligation, les médecins hospitalo-universitaires ont réussi peu à peu à l'intégrer dans leur utilisation quotidienne. Il représente d'autant une source d'information indispensable en médecine qu'il combine de nos jours ce qu'il convient d'appeler le multimédia (son, image, texte...) d'une part et, d'autre part, parce que cette source d'information stratégique peut être à la fois passive, active, accessible, actualisée et interactive en permettant des échanges avec des confrères à condition que les pouvoirs publics et les acteurs de la santé trouvent des réponses appropriées à ces deux questions : comment garantir la fiabilité et l'actualité des informations à caractère médical figurant sur les sites ? Quel sceau officiel devraient-elles porter pour intéresser les médecins et mériter leur confiance ?

7 - Bibliographie

[1] POSTEL-VINAY N., ME NARD L., *Avis médicaux sur Internet : comment fonctionnent les cyberconsultations ?* Rev. Prat. Médecine générale ; 14 : 1507-8, 2000

[2] POSTEL-VINAY N., ME NARD L., *Avis médicaux sur Internet : que penser des conseils des cyberdocteurs ?* Rev. Prat. Médecine générale ; 14 : 1591-2, 2000

[3] LLORCA, G., *La formation médicale, aspects conceptuels*, Méditation, 1999

[4] EVEILLARD P., *Introduction à l'EBM : les bases de données*, Rev. Prat. Médecine générale ; 13 : 1945-6, 1999

[5] MORIN A., *Guide FMC multimédia 2000 : la révolution Internet*, Toute la Formation Médicale Continue; n° 40 : 10-3, 2000

[6] JACOBIAK F. , *Maîtriser l'information critique*, Editions d'Organisation, 1988

[7] BADOR P., de VIDAL G., *Les sources d'information pharmaceutiques sur Internet*, Lyon-Pharm, Vol 48, n°2, p. 74-80, 1997