

A Oan, Lilou et Joyce.

Et à toi, Aurel.

REMERCIEMENTS

A vous, Monsieur le Professeur Christian Berthou, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider la soutenance de cette thèse et en souvenir de vos cours d'hématologie didactiques et passionnants qui m'ont profondément marquée.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste, qui m'a proposé ce sujet qui d'emblée m'a enthousiasmée. Je ne te remercierai jamais assez, Jean-Yves, pour le stage de médecine générale que j'ai passé à tes côtés, qui m'a confirmé que la médecine était le plus beau métier du monde. Pour ton dynamisme, la qualité de ton travail notamment en psychothérapie, ta capacité de travail (parfois un peu complexante, je dois reconnaître) et ta disponibilité pour nous. Ma reconnaissance est immense.

A Mlle Marie Barrais pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce travail. Marie, tu m'as fait l'honneur de ton soutien sans faille. J'admire la justesse et la pertinence de tes remarques et la rapidité avec laquelle tu as donné suite à chacune de mes sollicitations. Je crois que j'ai beaucoup de chance de t'avoir pour directrice de thèse. Un grand merci.

A Monsieur le Docteur Pierre Barraine qui a accepté de juger mon travail, pour ton dynamisme et la gaieté, Pierre, que tu apportais au sein du groupe de thèse auquel j'ai eu toujours beaucoup de plaisir à participer.

Aux Docteurs Lise et Joël Le Roc'h que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mon stage de médecine générale et qui m'ont fait l'honneur de leur amitié. La manière dont vous alliez pratique de la médecine et réalisation de vos projets personnels, est pour moi un exemple précieux que je souhaite suivre. Pour votre simplicité et votre gentillesse qui font chaud au cœur, un grand merci.

A vous tous, les médecins généralistes de terrain, que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans ce travail, pour la disponibilité dont vous avez fait preuve malgré les heures innombrables que vous réalisez et l'enthousiasme que vous avez manifesté pour ce travail, je vous suis profondément reconnaissante.

A vous, «Bonté», «Cadeau» et «Boule de joie», pour votre si belle présence à nos côtés, devenue indispensable, pour vos éclats de rire, la vie (et le bazar aussi...) que vous apportez à la maison, et pour tout le sens que vous donnez à nos projets. Maman a beaucoup de chance d'avoir des enfants comme vous. Vous occupez une place toute particulière au fond de mon cœur.

A toi, mon Aurel, pour qui les mots paraissent toujours superficiels, pour ta présence à mes côtés chaque jour. Sois assuré de tout mon amour.

A mes parents, grands-parents, frère et sœurs, beaux-frères, neveux et nièces, pour votre soutien sans faille, pour toute cette belle famille que nous formons, notre tendre complicité, et parce que je sais que vous êtes là quoi qu'il arrive, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée dans les choix, pas toujours faciles que j'ai pu faire, je vous adresse un grand merci.

A toi, Mounette, qui s'est proposée spontanément pour mettre joliment en forme cette thèse malgré mes incessantes modifications, pour tes conseils avisés, tes remarques judicieuses et à toi aussi, mon frère Paul, qui, par sa plume, a su apporter une vraie valeur ajoutée à ce travail. Merci à tous les deux.

A toute la grande famille de nos amis, dont la liste serait trop grande à dresser, pour les beaux moments que nous partageons ensemble qui rendent la vie encore plus belle, pour les week-ends en bateau au sillon des anglais autour d'un feu de bois flotté, pour les virées humides mais chaleureuses sur nos si belles côtes bretonnes et de Cornouaille, pour les «tas de cailloux» qui deviennent des maisons où il fait bon vivre, pour des petites soirées châtaignes au coin du feu, pour de si beaux paniers en osier qui trouvent à chaque fois leur juste place au sein de notre maison, pour de beaux pulls de laine tricotés main, pour des journées coup de main chez les uns et les autres où il fait si bon être ensemble, pour des récits de voyages qui nous font rêver et qui nous donne envie de partir, pour tous les petits loulous qui nous ont rejoints tout au fil de ces années, pour votre enthousiasme à tous et votre présence inconditionnelle à nos côtés et votre capacité à nous suivre dans nos projets les plus fous. Merci. Je vous souhaite à chacun d'entre vous tout le meilleur.

A toi Gégé, qui aurait sûrement aimé lire ces quelques lignes et m'apporter ton regard expert sur ce travail, et à ton Guy à qui nous faisons la promesse qu'il ne restera pas seul.

A tous les patients qu'il m'a été et qu'il me sera donné de rencontrer en espérant être digne de leur confiance. Merci.

SOMMAIRE

1. CONTEXTE _____ p.17

- 1.1 Travaux préliminaires : la définition néerlandaise du gut feeling (p.18)
 - 1.1.1 Etude pilote sur la réalité du sentiment gut feeling
 - 1.1.2 Le sens de l'alarme existe-t-il dans d'autres pays ?
 - 1.1.3 Les déterminants du gut feeling par 4 focus groupe néerlandais
 - 1.1.4 Le gut feeling au travers 7 critères consensuels obtenus par la technique Delphi
- 1.2 La validation des 7 critères par les universitaires français (p.21)
- 1.3 L'agenda de recherche international sur le gut feeling (p.22)

2. INTRODUCTION _____ p.23

3. MÉTHODOLOGIE _____ p.24

- 3.1 Technique de traduction
- 3.2 Technique Delphi (p.26)
 - 3.2.1 Généralités
 - 3.2.2 Dans notre étude
- 3.3 Choix de la population (p.29)
 - 3.3.1 Généralités
 - 3.3.2 Dans notre étude
- 3.4 Comparaison des critères finaux (p.30)

4. RÉSULTATS _____ p.31

- 4.1 Résultats des 3 rondes Delphi
 - 4.1.1 Ronde 1 (p.31)
 - 4.1.2 Ronde 2 (p.36)
 - 4.1.3 Ronde 3 (p.44)
 - 4.1.4 Les 8 critères finaux issus des 3 rondes Delphi(p.46)
- 4.2 Comparaison des critères finaux obtenus avec ceux des médecins généralistes français enseignants et des médecins généralistes néerlandais (p.47)
 - 4.2.1 Critères consensuels de 3 populations cible (p.)
 - 4.2.1-a Critères consensuels des médecins généralistes français enseignants
 - 4.2.1-b Critères consensuels des médecins généralistes néerlandais
 - 4.2.1-c Critères consensuels des médecins généralistes de terrain
 - 4.2.2 Comparaison des critères consensuels des médecins généralistes français de terrain avec ceux des médecins néerlandais (p.49)
 - 4.2.2-a Concepts présents dans les 2 groupes
 - 4.2.2-b Concepts spécifiques aux médecins généralistes français
 - 4.2.2-c Concepts spécifiques aux médecins généralistes néerlandais
 - 4.2.3 Comparaison des critères consensuels des médecins généralistes français de terrain avec ceux des médecins généralistes français enseignants (p.50)
 - 4.2.3-a Concepts présents dans les 2 groupes
 - 4.2.3-b Concepts spécifiques aux médecins généralistes français de terrain
 - 4.2.3-c Concepts spécifiques aux médecins généralistes enseignants
 - 4.2.4 Synthèse du travail de comparaison (p.51)

5. DISCUSSION _____ p.52

5.1 Discussion de la méthodologie

- 5.1.1 Technique Delphi
- 5.1.2 Randomisation
- 5.1.3 Comparaison des critères

5.2 Discussion des résultats (p.53)

- 5.2.1 Généralités
- 5.2.2 Place du gut feeling dans le processus diagnostique du médecin généraliste
- 5.2.3 Modalités de fonctionnement du gut feeling au travers
de la proposition d'un modèle de mécanisme cognitif du diagnostic médical
- 5.2.4 gut feeling et expérience
- 5.2.5 gut feeling et expertise
- 5.2.6 gut feeling et enseignement

6. CONCLUSION _____ p.62

6.1 Réponse donnée à la question de recherche

6.2 Perspectives du projet gut feeling (p.63)

- 6.2.1 La suite avec CogitaProDiaman
- 6.2.2 La suite avec le groupe de thèse brestois sur le « CCCC »

7. BIBLIOGRAPHIE _____ p.65

8. ANNEXES _____ p.69

- 8.1 Liste des critères néerlandais traduits en français utilisés pour la première ronde Delphi (p.69)
- 8.2 Courrier 1 adressé aux médecins généraliste (p.70)
- 8.3 Consignes Ronde Delphi 1 (p.71)
- 8.4 Résultats Ronde Delphi 1 (p.73)
- 8.5 Courrier 2 adressé aux médecins généraliste (p.80)
- 8.6 Consignes Ronde Delphi 2 (p.81)
- 8.7 Résultats Ronde Delphi 2 (p.83)
- 8.8 Courrier 3 adressé aux médecins généraliste (p.91)
- 8.9 Consignes Ronde Delphi 3 (p.92)
- 8.10 Résultats Ronde Delphi 3 (p.93)
- 8.11 Liste des abréviations (p.95)

1. CONTEXTE

Les médecins généralistes sont souvent contraints de prendre des décisions rapidement dans des situations d'incertitude. En effet, ils se retrouvent fréquemment confrontés à des situations complexes : plaintes exprimées par les patients mal définies, symptômes vagues et diagnostics incertains.

La plupart de ces médecins reconnaissent un sentiment d'alarme qui apparaît soudainement au cours d'une consultation : «il y a quelque chose qui ne va pas mais je ne peux pas le définir précisément. Je dois faire quelque chose car un retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable au patient». Ce sentiment appelé 'gut feeling' semble jouer un rôle important dans le processus diagnostique en médecine générale.

Voici une situation clinique concrète qui pourrait illustrer ce concept : un médecin généraliste nous a rapporté comment il avait pu être irrité quand un jeune homme s'était présenté tard un vendredi soir en consultation pour un petit rhume. Puis, il a eu l'impression que quelque chose «clochait» sans avoir d'éléments objectifs pour l'affirmer. Il l'a examiné plus particulièrement et a découvert un grosse rate chez ce patient. Il l'a alors envoyé aux urgences. Le jeune homme avait une leucémie. «C'était la première fois de ma vie que j'inspectais en détail l'abdomen d'un patient avec un simple rhume mais mon intuition m'a dit de le faire.»

Cette notion de gut feeling introduit donc la possibilité de raisonnement «intuitifs» dans le diagnostic médical.



1.1. Travaux préliminaires : La définition néerlandaise du «gut feeling»

Ce projet de recherche a été initié chez les médecins généralistes néerlandais. Pour décrire cette sensation de malaise face à une situation médicale incertaine, ils emploient une expression spécifique «Niet Pluis» (NP : pas droit, pas d'équerre). Ils sentent que quelque chose «cloche» alors qu'ils n'ont pas encore précisément établi de diagnostic. Par opposition, le terme «Pluis » décrit également une situation d'incertitude, mais dans ce cas, le médecin est confiant, serein même s'il n'a pas encore établi de diagnostic clair : tout « colle » [1].

Pour la suite, nous nommerons «gut feeling» (terme anglais qui se traduit par sensation viscérale), ou concept « ça colle, ça cloche » ces sentiments de sécurité (ou de réassurance) et d'insécurité (ou d'inquiétude) qui se manifestent lors de situations d'incertitude. Ces termes «gut feeling» et «CCCC» sont issus d'études et de traductions en anglais puis en français que nous détaillerons plus loin dans ce chapitre.

Peu d'informations sur le sujet étant disponible, le Dr Erik Stolper et ses collaborateurs, assistés de l'EGPRN (European General Practice Research Network), ont lancé différents travaux de recherche au niveau européen.

Présentation du Dr Erik Stolper et de l'EGPRN

Le Dr Erik Stolper est né aux Pays bas en 1950. Il est diplômé de médecine générale à la faculté de Groningen. Après avoir exercé en humanitaire au Cambodge et travaillé sur plusieurs sujets dont la médecine homéopathique, il intégra comme membre de 2004 à 2009 le comité pour la recherche scientifique du Collège Néerlandais de médecine générale. Depuis 2004, il travaille comme chercheur à l'université de Maastricht [2].

L'EGPRN est une organisation fondée en octobre 1971 aux Pays-Bas et qui regroupe aujourd'hui plus de 400 membres répartis dans plus de 30 pays européens. Elle est composée de médecins généralistes et d'autres professionnels de santé impliqués dans la recherche en soins primaires [3 et 4].

Quatre études ont permis de cheminer vers une définition du gut feeling :

1.1.1 Etude « pilote » sur la réalité du sentiment gut feeling

En 2004, une étude néerlandaise a demandé à 24 médecins généralistes, dont 10 en formation, de répertorier sur une période donnée le nombre de consultations au cours desquelles ils ressentait le sentiment « Niet Pluis ». Ils devaient également inclure leurs périodes de garde. Le recueil de données leur demandait entre 5 et 15 minutes par jour.

«Niet Pluis» était défini comme le pressentiment qu'un problème de santé pouvait être sérieux alors que le diagnostic n'était pas encore certain.

Le sentiment NP était plus souvent ressenti au cours des heures de garde, par les médecins encore en formation (donc moins expérimentés) et dans les domaines cardiovasculaires, locomoteurs et de gastroentérologie. Sa prévalence globale fût de 8.2%.

Le concept PNP intervient donc dans le raisonnement diagnostique mais il reste difficile à appréhender car ce sont des sentiments vagues et intuitifs. Ces notions paraissent ainsi incongrues dans l'ère de «l'Evidence Based Medecine» [5].

NP est décrit comme un signal d'alerte, apparaissant souvent dans un contexte d'urgence et de gravité : mais est-il reconnu dans d'autres pays?

1.1.2 La sensation d'alarme apparaît-elle dans d'autres pays ?

Une enquête sous forme d'un questionnaire court a été réalisée par email en octobre 2005, puis de nouveau en janvier 2006, auprès de 128 membres de l'EGPRN répartis dans 28 pays d'Europe mais aussi en Israël et en Afrique du sud. Il leur était demandé si la description de la «sensation d'alarme» leur était familière et s'ils utilisaient des termes spécifiques dans leur langue pour la décrire.

30 réponses de médecins généralistes ont été reçues. Elles ont révélé que cette sensation était communément reconnue dans la pratique de la médecine générale. 25 de ces médecins ont fourni une expression typique de leur langue. 10 d'entre eux l'ont décrite comme une sensation corporelle dans l'intestin, l'estomac, les os ou encore comme une odeur.

L'équipe néerlandaise qui menait cette enquête a alors décidé d'utiliser le terme anglais de gut feeling (= sensation viscérale) pour désigner cette sensation d'«alerte» dans des recherches futures [6].

L'intuition dans la prise de décision médicale en situation d'incertitude est donc réelle mais mal définie. L'étude réalisée par la suite a eu pour but de décrire ce concept et ses déterminants. Une méthode qualitative par focus groupe a été choisie car elle génère plus de discussion et permet de faire émerger de nouvelles idées.

1.1.3 Les déterminants du gut feeling par 4 focus groupe néerlandais.

Une étude qualitative a été réalisée auprès de 28 médecins généralistes réunis en 4 focus groupes aux Pays-Bas. Son objectif était de formuler une définition du gut feeling et d'en identifier les principaux déterminants [7].

Cette réflexion sur le raisonnement diagnostique non analytique, non facilement mesurable, a permis de montrer que dans les situations d'incertitude, le gut feeling pouvait agir comme un boussole qui les aidait à orienter leur diagnostic. Cette dernière était toujours active, mais pas forcément perceptible de façon consciente.

Les participants ont mis en évidence 2 types de gut feeling :

- Un **sentiment d'alarme**, d'inquiétude : le médecin généraliste avait le sentiment que quelque chose n'allait pas, même si aucun argument objectif ne venait le confirmer. Il sentait qu'une forme d'intervention était nécessaire afin de prévenir la survenue de graves problèmes de santé chez le patient.
- Un **sentiment de réassurance ou de réconfort** : il s'agissait d'un sentiment de certitude vis à vis de la prise en charge du patient, de son pronostic et de son traitement, même en l'absence de diagnostic. Il était souvent identifié de façon rétrospective.

Plusieurs déterminants du gut feeling ont également été identifiés lors de ces focus groupes :

- **Des facteurs de concordance ou d'alerte** : un sentiment de réassurance était présent lorsqu'il y avait congruence entre le tableau actuel présenté par le patient et le modèle du patient ou de la maladie connu par ce médecin. Un sentiment d'alarme naissait du décalage entre ces images : il y avait là quelque chose qui clochait. Ce processus naissait souvent de façon très rapide avant même que le médecin généraliste ne commence à parler ou à raisonner.
- **Les connaissances contextuelles** : c'est à dire tout ce que le médecin généraliste connaissait du patient en plus des symptômes et signes présentés à la consultation. Le contexte permettait alors d'agir comme un cadre de référence.
- **Des facteurs interférents** tels que les émotions comme la sympathie ou aversion du médecin envers le patient ou encore sentiment de culpabilité vis à vis de ce qui a pu se passer dans le passé au niveau de la relation médecin-malade.
- **L'expérience** : elle joue en rôle important dans le gut feeling et contribue à le rendre plus fiable. Chez les médecins généralistes expérimentés, l'ensemble du processus de scannographie d'un tableau présenté par un patient devient partiellement automatique. Avant même d'appliquer une méthode rationnelle de diagnostic chez un patient, ils savent déjà que quelque chose cloche ou pas avec ce même patient. Ils précisent également que les médecins inexpérimentés choisissent plus volontiers de ne pas tenir compte de leur gut feeling.
- **La personnalité du médecin généraliste** : la confiance en soi favorise le phénomène de gut feeling. A l'inverse, les médecins les plus rationnels du focus groupe font peu confiance à leur gut feeling et éprouvent des difficultés à le développer.
- **L'enseignement de ce concept** : la plupart des médecins généralistes de cette étude était d'avis que le gut feeling pouvait être enseigné aux étudiants en médecine. En plus d'apprendre à reconnaître les maladies de façon rationnelle par la méthode hypothético-déductive, les étudiants devaient apprendre à écouter la façon dont les patients racontaient leur histoire et se comportaient lors de la consultation. Par là, ils devaient apprendre à distinguer ce qui était normal pour ce patient de ce qui ne l'était pas. De plus, il leur paraissait important que les enseignants de médecine générale apprennent à leurs étudiants ou stagiaires à écouter leurs propres sensations.

A l'issue des focus groupes, le gut feeling est souvent décrit comme une boussole qui oriente la prise de décision dans les situations d'incertitude [8]. Les données issues des focus groupes ont servi à créer des critères de définition du gut feeling. Ces mêmes critères ont été soumis à 27 médecins belges et néerlandais au travers de rondes Delphi (méthode qualitative permettant d'aboutir à un consensus).

1.1.4 Le gut feeling au travers des 7 critères consensuels obtenus par la méthode Delphi

Afin d'obtenir un consensus sur des critères de définition des deux aspects du gut feeling (alarme et réassurance), une procédure de type ronde Delphi (détaillée plus loin dans le chapitre Méthodologie) a été réalisée auprès de 27 médecins généralistes impliqués dans la recherche universitaire ou dans l'enseignement de la médecine aux Pays-Bas et en Flandre.

7 propositions issues des commentaires émis lors des focus groupes et caractérisant ces deux sensations leur ont été proposées. La procédure Delphi a abouti à 11 critères (issus des commentaires des participants lors des différentes rondes) : 7 ont été validés et 4 rejetés.

Ce travail a permis de préciser les 2 définitions précédentes [9] :

- **Sens d'alarme** : sensation désagréable ressentie par le généraliste inquiet d'une évolution éventuellement défavorable, bien qu'il n'ait pas d'arguments objectifs : «ça cloche». Cela stimule le processus diagnostique. S'il le peut, le médecin doit débiter une prise en charge permettant de prévenir de graves complications de santé.
- **Sens de réassurance** : sensation sécurisante ressentie par le médecin généraliste vis-à-vis de sa prise en charge du patient, même s'il n'est pas certain du diagnostic : « ça colle».

Ce travail a permis une triangulation des résultats obtenus avec ceux des focus groupes permettant de vérifier la justesse des critères de définition obtenus [10].

Les 7 critères consensuels définissant le gut feeling serviront de base à des travaux de recherche ultérieurs. Ils sont cités dans l'annexe 1.

Une des questions soulevées dans la discussion était de savoir si ces critères pouvaient être généralisés et s'ils se retrouvaient dans d'autres pays. Ainsi, les études se sont poursuivies en Allemagne et en France (Paris, Rouen et Brest). A Brest la thèse de Magalie Coppens porte sur la validation des critères néerlandais chez 34 médecins généralistes enseignants français.

1.2 La validation de 7 critères consensuels par des universitaires français

En 2009, Magali Coppens reprend la méthode Delphi qu'elle applique à une traduction en français des 7 critères néerlandais afin de réaliser son questionnaire initial. Les résultats obtenus sont similaires à l'étude originale néerlandaise. Elle montre que le gut feeling est une notion à part entière pour les médecins généralistes universitaires français.

En confirmant les résultats obtenus par l'équipe néerlandaise, elle apporte ainsi la première validation du concept de gut feeling dans un autre pays européen. C'est au cours de cette étude que les termes de sens de réassurance et d'alarme, basées sur la traduction des termes typiquement néerlandais de «Pluis» et «Niet Pluis» ont été traduits par «ça colle» et «ça cloche» soit «CCCC» [11].

Devant l'ensemble de ces résultats positifs, le groupe de recherche a mis en place, dès octobre 2008, un agenda de recherche international sur le gut feeling. Il a été élaboré à l'aide de 18 enseignants généralistes belges et néerlandais en utilisant la technique des groupes nominaux (méthode qualitative permettant de séparer et de prioriser les idées).

1.3 L'agenda de recherche international sur le gut feeling

Le terme gut feeling a été abandonné dans l'intitulé du groupe de recherche afin de bénéficier d'une meilleure crédibilité. Il se nomme maintenant : 'The European Expert Group on Cognitive and Interactive Processes in Diagnosis and Management in General Practice' : Cogita ProDiaman [12].

De ce fait, un agenda international de recherche sur le gut feeling a été mis en place en ayant pour but de préciser ce phénomène et d'envisager son enseignement. Ces derniers ont établi une liste de 10 questions de recherche et de neuf méthodes correspondantes, dont les principaux termes concernent : la valeur diagnostique du gut feeling, la validation de certains déterminants (expérience, contexte...), les possibilités d'intégrer ce concept dans l'enseignement médical [13].

Exemples de questions de recherche :

- Quelle est la prévalence du sens d'alarme et de réassurance ?
- Existe-t-il des paramètres biologiques mesurables du gut feeling permettant aux chercheurs d'ajouter des preuves à son existence ?
- Le gut feeling explique-t-il parfois la faible compliance des médecins généralistes vis à vis des guides ou conférences de consensus ?
- Quels sont les éléments non verbaux du gut feeling observés par le médecin généraliste?

Le développement d'un site Internet sur le sujet permet aux différents membres de partager leur travail et de les regrouper pour en faciliter l'accès :

<http://www.gutfeelingsingeneralpractice.eu/>

2. INTRODUCTION

L'équipe du Dr E. Stolper a souhaité étudier la signification du gut feeling dans d'autres systèmes de santé et dans d'autres pays.

C'est dans ce contexte que Magali Coppens et Nolwenn Zanitti, ont mené leurs travaux de thèse en 2009 et 2010, chez les médecins généralistes enseignants français et chez les maîtres de stage du Département Universitaire de Médecine Générale Brestois.

L'objectif de notre étude était d'obtenir des critères de définition du gut feeling chez des médecins généralistes de terrain du Finistère.

Pour cela, les 7 critères consensuels néerlandais issus des focus groupes, traduits en français, ont été soumis à 22 médecins généralistes de terrain du Finistère au moyen de rondes Delphi.

L'obtention de critères consensuels chez ces médecins, nous a permis de réfléchir sur la place de ce concept dans la prise de décision en situation d'incertitude et de proposer un modèle dynamique de mécanisme cognitif d'élaboration du diagnostic intégrant le gut feeling.

Enfin, nous avons effectué un travail de comparaison des critères finaux obtenus avec ceux des médecins généralistes français enseignants et néerlandais afin de mettre en évidence l'autonomie éventuelle du concept. L'étude des différences entre les populations nous a permis de mener une réflexion plus large sur des notions d'expérience, d'expertise et d'enseignement.

Notre *hypothèse de recherche* était la suivante : ce concept de gut feeling existe-t-il aussi chez les médecins généralistes de terrain du Finistère et est-il différent de celui des populations interrogées précédemment ?

De là, découlait notre *question de recherche* : Quels sont les critères consensuels définissant le gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère ?

3. METHODOLOGIE

3.1 Technique de traduction

Les critères soumis aux médecins généralistes de terrain du Finistère lors de la première ronde Delphi sont la traduction des 6 critères néerlandais obtenus à l'issue des 4 groupes focus (interviews de groupe) réalisés auprès de 28 médecins généralistes des Pays-Bas.

Les critères néerlandais qui ont du être traduits sont cités dans l'annexe 1.

Afin d'éliminer tout biais lié à la traduction, celle-ci a du suivre les règles précises de la traduction aller/retour indiquées par le Dr E. Stopler.

Cette étape a été réalisée à l'occasion du travail de thèse de Magali Coppens et son équipe lors de ses travaux de thèse de doctorat en médecine générale portant sur la validation du consensus néerlandais chez 34 médecins enseignants universitaires français.

En voici les principaux déterminants :

- La traduction ALLER (néerlandais -> français) devait satisfaire à 2 conditions :
 - . traducteurs appartenant au milieu médical.
 - . traducteurs de langue maternelle française.

Elle a été réalisée par 2 traducteurs indiqués par le Dr E. Stopler, traducteur officiel de l'université de Maastricht, et un médecin généraliste néerlandophone travaillant en France.

- La traduction RETOUR (français -> néerlandais) devait satisfaire à 2 conditions :
 - . traducteur appartenant au milieu médical.
 - . traducteur de langue maternelle néerlandaise.

Cette version a été ensuite ressoumise à l'équipe du Dr E. Stopler pour validation.

Une des difficultés rencontrées lors de cette étape de traduction a été de traduire les termes «Pluis » et «Niet Pluis» typiquement néerlandais et de langage familier. Ces deux termes ont permis au Dr E. Stopler et à son équipe de créer le concept court et percutant «PNP» pour «Pluis-Niet Pluis». Ils ont été traduits par «ça colle» et «ça cloche» soit «CCCC».

Voici le résultat des travaux de traduction :

Aux participants du groupe de consensus Delphi, à propos du CCCC en médecine générale.

Proposition 1 :

Le sentiment CCCC du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.

Proposition 2 :

Le sentiment CCCC n'a pas grand chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostics.

Proposition 3 :

«Ca cloche» signifie que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé de son patient quand bien même il ne dispose pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose «qui coince».

Proposition 4 :

«Ca cloche» signifie qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.

Proposition 5 :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic, même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.

Proposition 6 :

«Ca colle» implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

Proposition 7 :

Peut-être désirez-vous formuler vous-même une proposition concernant la définition du CCCC ? Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous.

De même, nous avons utilisé une traduction des critères finaux néerlandais afin d'effectuer le travail de comparaison des critères médecins généralistes français enseignants / médecins généralistes néerlandais.

3.2 La technique Delphi

3.2.1. Généralités

La technique Delphi est une *méthode qualitative* qui tire son nom de l'oracle de Delphes en rapport avec les compétences d'interprétation et de prévoyance de ce dernier, ainsi que son processus opérationnel consistant en une série de rondes [14].

Cette technique proposée dans les années 1950 par le Rand Corporation en Californie, initialement appliquée à l'industrie, s'est progressivement étendue aux domaines de la recherche en santé où elle a été depuis largement utilisée : évaluation de technologies, éducation, établissement de priorités dans le système de santé, et développement de la pratique médicale et infirmière [15 à 23].

L'*objectif principal* des rondes Delphi est d'apporter l'éclairage d'experts sur des zones d'incertitude, en vue d'une aide à la prise de décision. Elle permet donc de déterminer le degré d'accord qui existe entre les experts. Ce terme d'«accord» prend 2 formes chez les experts qu'il faut distinguer :

- l'accord de chaque participant avec la proposition soumise, généralement coté sur une échelle numérique,
- l'accord qui existe entre les participants ou *consensus* [24].

Elle est *fondée* sur l'hypothèse que les jugements de groupe sont plus valables que les jugements individuels. Elle doit donc mettre en évidence des convergences d'opinions, là où l'unanimité n'existe pas, en raison d'un manque de preuves scientifiques ou en cas de contradiction de preuves. Il doit s'en dégager un certain consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts, à l'aide de questionnaires successifs ou rondes.

Cette technique *permet de pallier* certains inconvénients que l'on peut rencontrer dans des prises de décision en groupe. En effet, elle prévient du phénomène de domination par un individu ou «effet leader d'opinion» [25]. La critique ouverte étant encouragée, cette méthode évite les conflits et les individus peuvent apporter des modifications en révisant au travers des rondes, leurs jugements antérieurs. De plus, elle est rapide, car elle demande aux participants de se concentrer immédiatement, uniquement et continuellement sur l'essentiel.

Les principales caractéristiques de cette technique sont les suivantes [26 – 27] :

- **L'anonymat** : Il permet à chacun des participants de s'exprimer librement et de s'affranchir de la pression sociale qui peut exister, pour se conformer à d'autres dans le groupe. Il est garanti par l'utilisation des réponses écrites aux questionnaires. Les experts ne se connaissent donc pas et ne sont jamais rassemblés physiquement.
- **L'itération** : Par l'utilisation de questionnaires successifs (les rondes), les participants peuvent changer leur opinion et l'affiner à la lumière des résultats des travaux du groupe entre chaque ronde.
- **La rétroaction contrôlée** : Dès le second tour, on montre aux participants une synthèse des réponses des autres données à l'occasion de la ronde précédente, ce qui leur fournit l'occasion de modifier ou de clarifier leur point de vue. On pense ainsi que le groupe convergera vers la «meilleure» réponse possible. Au cours de ces rondes successives, la dispersion des réponses des experts diminuera vraisemblablement et l'on tendra vers une opinion consensuelle médiane.
- **La statistique de groupe** : Un résumé de l'ensemble des réponses de la ronde précédente est soumis aux participants lors de la ronde suivante. Cela donne plus d'informations qu'un simple consensus. Elle fournit à ce stade des outils pour une analyse quantitative et une interprétation des données.
- **Le choix des experts** : Il sera choisi par son appartenance à la population des médecins généralistes du Finistère, par sa connaissance dans le domaine de la problématique posée, la capacité et la volonté d'y participer, l'acceptation des délais impartis pour les réponses et l'utilisation de techniques de communications efficaces (rondes effectuées par questionnaires mails dans notre étude).
- **L'effectif des experts** : Au minimum 10 personnes. L'important n'est pas de produire des résultats statistiquement significatifs mais d'aboutir à un consensus.

Concrètement, le questionnaire est envoyé par mail aux experts. Il est bien-sûr accompagné d'une note de présentation précisant les objectifs, le fonctionnement des rondes Delphi ainsi que les conditions pratiques du déroulement de l'enquête (délai de réponse fixé et anonymat garanti). Au cours des rondes suivantes, les experts, informés des résultats du tour précédent au travers une synthèse des commentaires effectuée, doivent fournir une nouvelle réponse et surtout, sont tenus de la justifier si elle est fortement déviante par rapport au reste du groupe. Les rondes suivantes permettent ainsi l'obtention d'une opinion consensuelle médiane.

3.2.2 Dans notre étude

Nous avons fait le choix de rencontrer, à leur cabinet, les médecins généralistes sélectionnés après les avoir contactés par téléphone, afin de leur exposer individuellement la thématique du projet de recherche ainsi que la méthodologie des rondes Delphi et ce, afin de favoriser la meilleure observance possible à notre étude.

Puis nous avons envoyé par mail, la liste des 7 critères issus des focus groupes néerlandais aux participants, associée à un rapide rappel méthodologique de la technique Delphi. Les textes que nous leur avons soumis lors des différentes rondes sont reportés dans les annexes 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.8 et 8.9.

Nous avons demandé à chaque participant de signifier leur degré d'accord avec les propositions par une note comprise entre 1 (pas du tout d'accord) et 9 (totalement d'accord). Nous avons encouragé les participants à justifier toute note inférieure à 7 par un commentaire libre.

Une fois les réponses données, les participants nous les renvoyaient par mail. Les réponses étaient collectées, ce qui marquait la fin d'une ronde. Les commentaires faits par les participants nous ont permis de reformuler les critères n'ayant pas obtenus de consensus : *Un consensus sur un critère avait été dé fini comme au moins 70% des participants ayant noté 7 ou + sur le critère en question.*

La reformulation des critères non consensuels en groupe de thèse est ici une étape originale. En effet, réunir 6 à 8 personnes impliquées dans des travaux de recherche autour du gut feeling a permis d'ajuster les critères au plus près des commentaires. L'objectif étant de limiter l'influence des convictions personnelles du chercheur, seul face à ses convictions.

Les critères reformulés étaient ensuite renvoyés aux participants. Ainsi, débutait la ronde suivante. Ce nouveau document contenait un résumé des remarques faites à la ronde précédente justifiant par là, la reformulation des critères correspondants. Les participants pouvaient alors noter les nouveaux critères en se basant, s'ils le souhaitaient, sur les réponses des autres.

Les rondes ont ainsi été répétées jusqu'à l'obtention d'un consensus ou jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible d'en atteindre un meilleur.

3.3 Choix de la population

3.3.1 Généralités

Nous avons utilisé l'annuaire téléphonique des pages jaunes de l'année en cours, rubrique «médecine générale», en sélectionnant un échantillon de médecins généralistes selon une méthodologie non probabiliste de «*la boule de neige*» où l'on utilise une personne physique comme source d'identification d'unités additionnelles, en l'occurrence dans notre étude, les médecins généralistes de terrain.

Comme nous l'avons vu précédemment, la méthode des rondes Delphi impose un choix judicieux d'experts relevant d'un certains nombres de critères :

- Médecins généralistes exerçant exclusivement en libéral.
- Médecins appartenant à des cabinets médicaux différents afin de respecter l'anonymat.
- Médecins des 2 sexes et d'âges différents.
- Médecins travaillant en milieu rural, semi-rural et urbain.

En revanche, ont été exclus de la liste :

- Les médecins généralistes déjà impliqués dans les travaux de thèse sur le gut feeling.
- Les médecins n'ayant pas d'adresse mail.

3.3.2 Dans notre étude.

Pour être cohérent avec l'étude néerlandaise, nous avons besoin d'une vingtaine de médecins généralistes de terrain pour valider notre étude.

Nous en avons donc contacté 25, compte tenu des critères d'exclusion suscités et l'anticipation 'd'abandon' des participants au fur et à mesure des rondes pour divers motifs (congsés lors des rondes notamment).

Effectivement, 2 participants sélectionnés ont du être exclus en raison de leur implication directe ou indirecte dans les travaux de thèse sur le gut feeling et 1 participante ne possédait pas d'adresse mail.

3.4 Comparaison des critères finaux : le système de codage ouvert

La comparaison des résultats obtenus suite à nos rondes Delphi à ceux des études néerlandaises et françaises précédentes, constitue la dernière étape de notre étude. Elle s'est effectuée grâce à un système s'inspirant du codage ouvert phénoménologique [73,74].

3.4.1 Généralités

Le système de codage ouvert permet une analyse de résultats objective, répétable et transférable.

Elle est constituée de différentes étapes :

- **Codage séparé** réalisé par deux chercheurs.
- **Mise en commun des codes** avec discussion pour accepter ou pas les différences de codage, ce qui aboutit à un livre de codes communs.
- **Recodage des verbatims** avec le livre de codes communs de façon séparée par les deux chercheurs.
- **Vérification de la cohérence du codage** final avec accord entre les différents chercheurs sur les concordances ou les discordances entre les différentes analyses.

3.4.2 Dans notre étude

Deux chercheurs ont effectué séparément le codage ouvert des critères présents chez les médecins généralistes français de terrain, chez les généralistes universitaires français et néerlandais. La comparaison des différents codes a été réalisée lors d'une étape commune.

4. RESULTATS

4.1 Résultats des 3 rondes Delphi

Trois rondes ont été nécessaires pour obtenir un consensus sur 8 critères.

Le déroulement et les résultats obtenus à chaque ronde ainsi que les conclusions issues des comparaisons sont détaillés ci dessous.

Initialement, 6 critères ont été soumis aux participants + 1 critère libre où les participants étaient invités à formuler eux-mêmes leur définition du CCCC.

Au cours des 3 rondes, 3 nouveaux critères ont été élaborés à partir des commentaires libres, et 2 critères (5 et 6 dans la première ronde) ont fusionné en un seul en raison de l'extrême similitude dans leur contenu. Un consensus a donc été obtenu sur 8 critères.

2 médecins sur 22 n'ont pas répondu aux questionnaires (2 médecins à la première ronde, aucun désistement pour les suivantes).

Les participants nous ont soumis un grand nombre de commentaires regroupés dans les annexes 8.4, 8.7 et 8.10.

Les 22 participants à la première ronde se répartissaient comme suit :

- **Sexe** : 6 femmes et 16 hommes.
- **Milieu d'installation** : 9 en milieu urbain, 5 en semi-rural, 8 en milieu rural.
- **Mode d'exercice** : 9 travaillent seuls, 2 travaillent en duo (un seul associé), et 11 travaillent en cabinet de groupe (> 2 associés).
- **Age** : 9 participants de moins de 40 ans, 2 participants entre 40 et 50 ans et 11 participants de plus de 50 ans.

4.1.1 Ronde Delphi 1

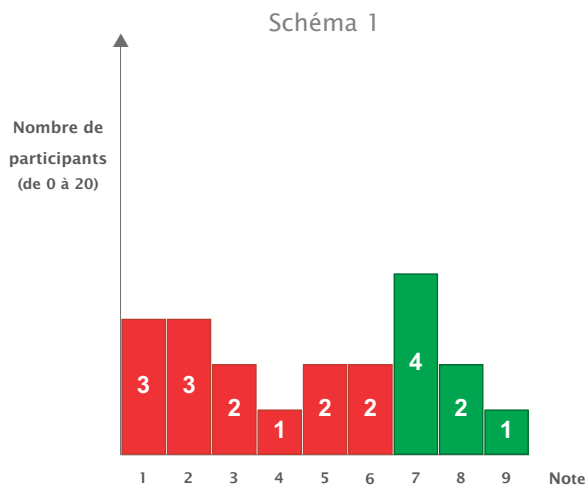
20 médecins ont participé à cette première ronde.

Pour mémoire, le consensus est obtenu si au moins 70% des participants mettent une note $>$ ou $=$ à 7/9) au critère.

La liste des commentaires des participants figure en annexe 8.4.

Critère 1 :

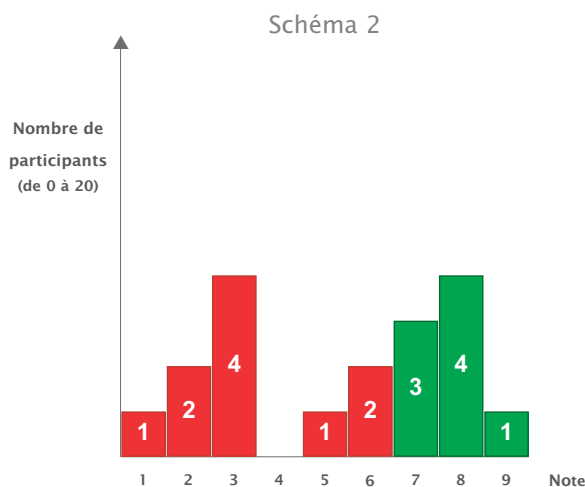
Le sentiment CCCC du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.



Nombre de participants $>$ ou $=$ à 7 : 7
Critère largement REJETE

Critère 2 :

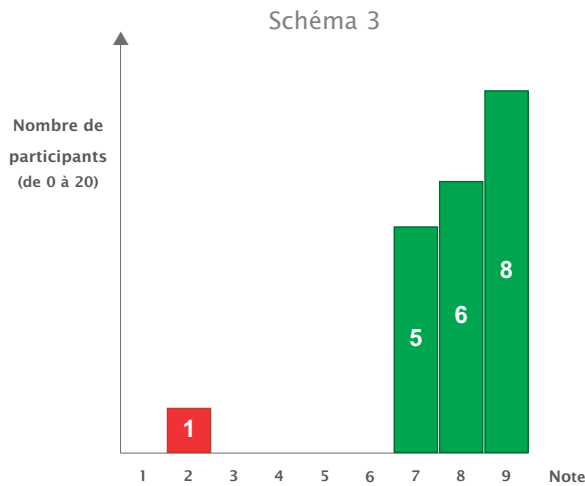
Le critère CCCC n'a pas grand chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostic.



Nombre de participants $>$ ou $=$ à 7 : 8
2 participants n'ont pas coté ce critère
Par difficulté de compréhension.
Critère REJETE

Critère 3 :

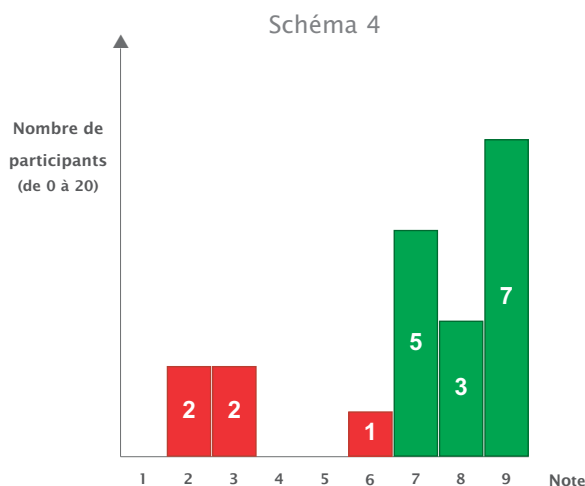
«Ca cloche» signifie que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.



Nombre de participants > ou = à 7 : 19
Critère largement ACCEPTE

Critère 4 :

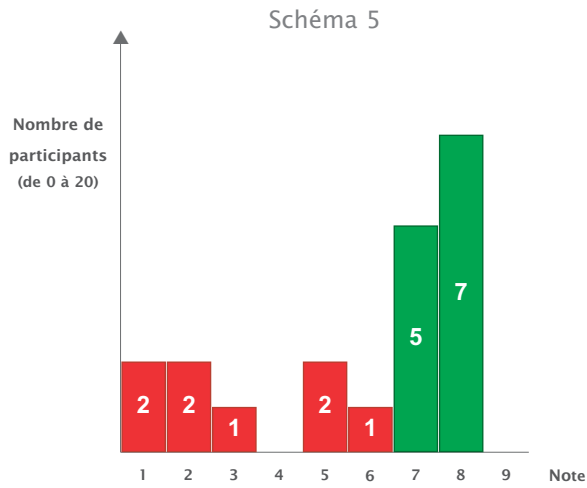
«Ca cloche» signifie qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.



Nombre de participants > ou = à 7 : 15
Pourcentage de consensus : 75%
Critère ACCEPTE

Critère 5 :

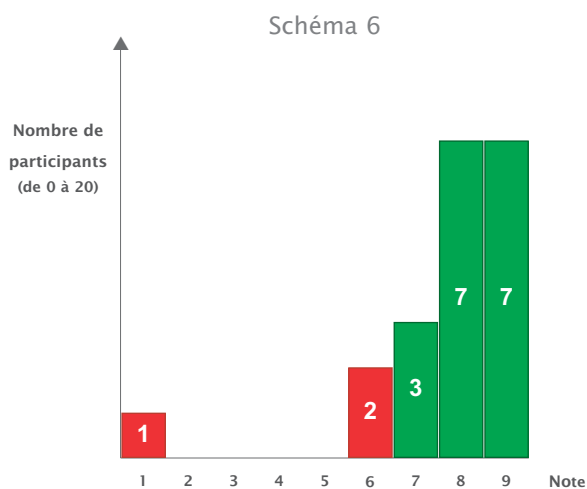
«Ca colle» signifie que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.



Nombre de participants > ou = à 7 : 12
Critère REJETE

Critère 6 :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste se sent suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.



Nombre de participants > ou = à 7 : 17
Pourcentage de consensus : 85%
Critère ACCEPTE

Critère 7 :

Peut-être désiriez-vous formuler vous-même une proposition concernant la définition du CCCC ?

Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous ?

17 patients ont proposé des éléments de définition du CCCC au travers de riches commentaires.

Deux éléments sont régulièrement ressortis de leurs commentaires :

- L'importance de la relation médecin-malade comme déterminant du concept CCCC.
- L'importance de l'expérience du médecin généraliste comme «facilitateur» d'activation du concept CCCC.

Au total :

- les critères 1, 2, 5 ont été rejetés à l'issue de cette première ronde Delphi.
- Les critères 3, 4, 6 ont été acceptés.

De plus, ce qui ressortait de façon très nette de la majorité des commentaires libres des médecins était une difficulté de compréhension des critères liée à leur formulation.

Aussi, nous avons fait le choix en groupe de thèse de reformuler tous les critères en restant fidèle à leur contenu, même ceux acceptés, afin d'en faciliter l'utilisation pour les travaux de thèse qui en découleraient.

Nous nous sommes basés sur le principe : "un critère = une idée".

Les critères reformulés ont été repropoés à l'occasion de la deuxième ronde Delphi.

4.1.2 Ronde Delphi 2.

20 participants ont répondu à cette deuxième ronde Delphi.

La liste des commentaires figure dans l'annexe 8.7.

Critère 1 :

Proposition 1 ronde 1 :

Le sentiment CCCC du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.

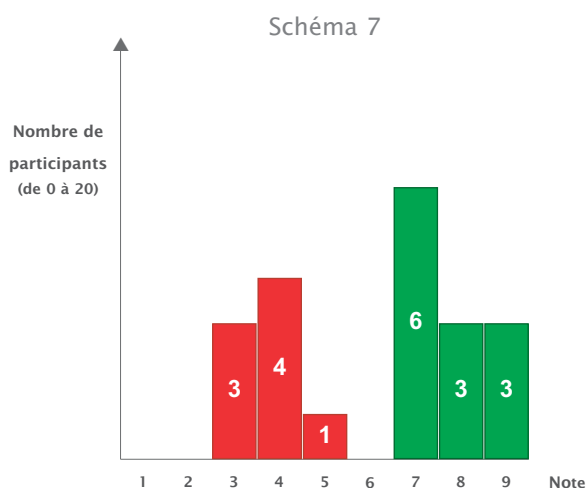
Synthèse des commentaires :

Les participants ont trouvé ce critère d'interprétation délicate en raison d'une confusion portant sur le terme «pronostic» des plaintes. Bon nombre aurait très nettement préféré le terme de «diagnostic» à celui de «pronostic».

Proposition de reformulation :

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le CCCC pour élaborer son diagnostic.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 12
Critère REJETE

Critère 2 :

Proposition 2 Ronde 1 :

Le sentiment CCCC n'a pas grand chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostic.

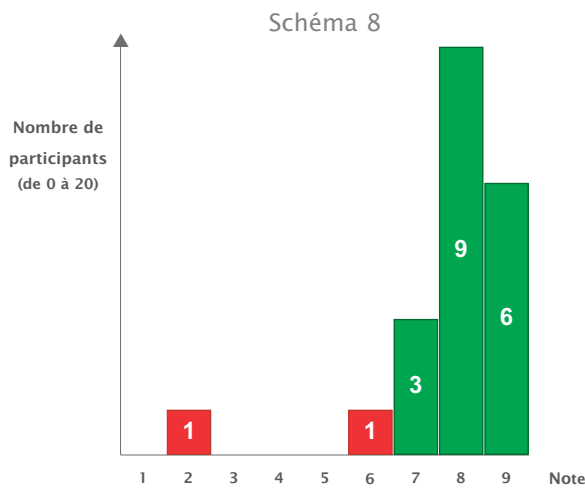
Synthèse des commentaires :

Les commentaires des participants tendent à montrer que c'est de l'inverse dont il s'agit : le sentiment CCCC ne peut s'activer sans formulation préalable d'hypothèses de travail et de diagnostic. Bon nombre des médecins ont spécifié que le concept CCCC se précisait après la confrontation aux hypothèses diagnostiques préétablies. A noter que là encore, plusieurs participants ont trouvé la formulation du critère alambiquée.

Proposition de reformulation :

«Ca cloche» pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 18

Pourcentage de consensus : 90%

Critère **ACCEPTÉ**

Critère 3 :

Proposition 3 Ronde 1 :

«Ca cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé de son patient quand bien-même il ne dispose pour cela d'arguments objectifs : il y a quelque chose qui coince.

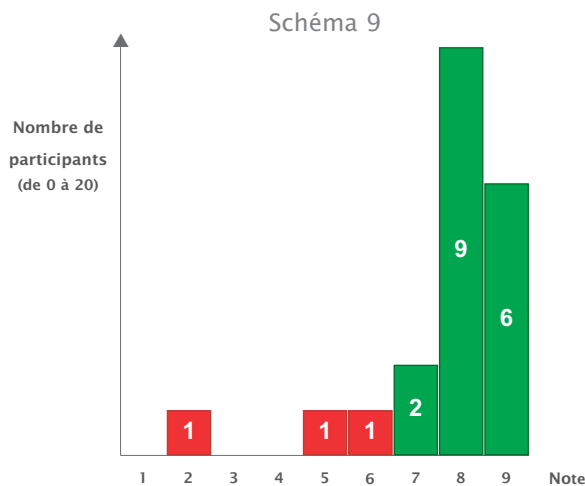
Synthèse des commentaires :

Ce critère a été largement accepté et peu commenté mais nous avons fait le choix de le reformuler par soucis de simplification.

Proposition de reformulation :

«Ca cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 18

Pourcentage de consensus : 90%

Critère ACCEPTÉ

Critère 4 :

Proposition 4 ronde 1 :

« Ca cloche » signifie qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.

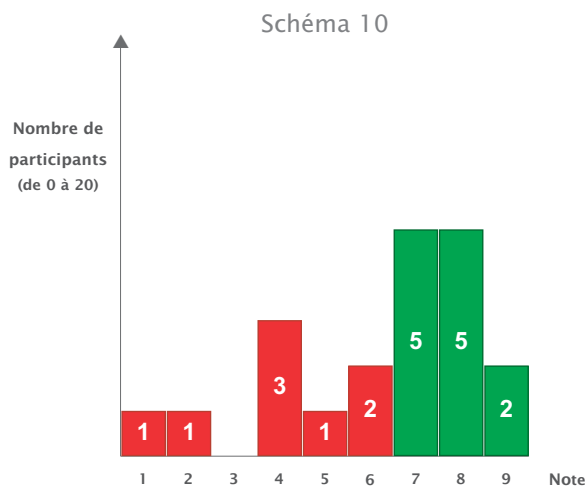
Synthèse des commentaires :

La plupart des participants ont exprimé le fait que, quand une situation ne paraissait pas évidente, il était important de ne pas en rester là et de poursuivre les investigations complémentaires de différentes natures, afin de faire diminuer cette zone d'ombre collant à l'incertitude.

Proposition de reformulation :

«Ca cloche» signifie que le médecin doit débiter une prise en charge pour éviter de graves complications.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 12
Critère REJETE

Critère 5 :

Proposition 5 ronde 1 :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.

Synthèse des commentaires :

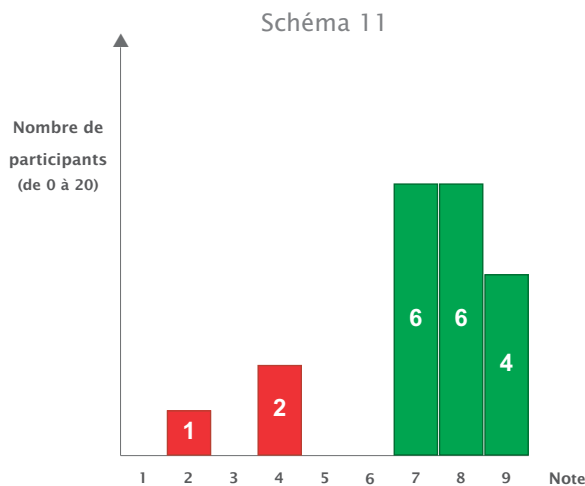
Deux éléments majeurs sont ressortis des commentaires :

- le terme de «*diagnostic*» est préféré à celui de «*pronostic*»,
- le terme «*sûr de lui*» a suscité de nombreuses réactions : le doute doit rester de mise chez le médecin généraliste chez qui la certitude n'a pas de place et pourrait se montrer préjudiciable pour le patient. Nous avons donc nuancé le terme «*sûr de lui*» par l'adverbe «*suffisamment*».

Proposition de reformulation :

«Ca colle» signifie que le médecin est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 16
Pourcentage de consensus : 80%

Critère ACCEPTÉ

Critère 6 :

Proposition 6 ronde 1 :

« Ca colle » signifie que le médecin généraliste se sent suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

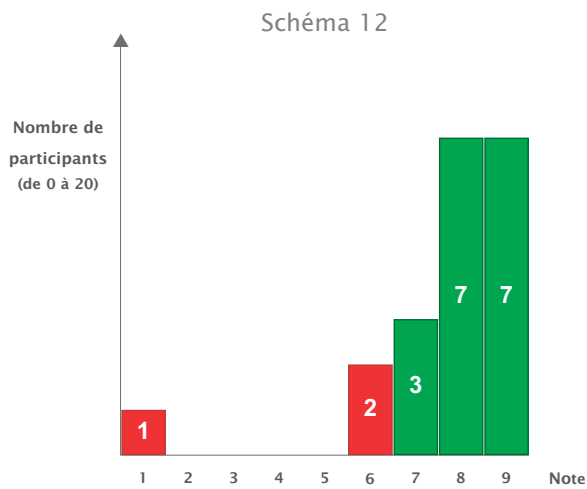
Synthèse des commentaires :

Critère largement et fortement accepté, fusionné avec le critère 5 en un seul et unique critère.

Proposition de reformulation :

« Ca colle » signifie que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.

Résultats :



Nombre de participants \geq 7 : 17
Pourcentage de consensus : 85%

Critère ACCEPTE

Critère 7, 8 et 9 :

Proposition 7 Ronde 1 :

Peut-être désiriez-vous formuler vous-même une proposition concernant le CCCC ? Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous.

Synthèse des commentaires :

Deux éléments sont revenus régulièrement au travers ces commentaires libres :

L'importance de l'expérience du médecin et de la connaissance qu'a le médecin de son patient comme déterminants du concept CCCC. De plus, avec le groupe de thèse, nous avons fait le choix d'ajouter un critère que nous voulions tester en raison de son importance pour les travaux ultérieurs.

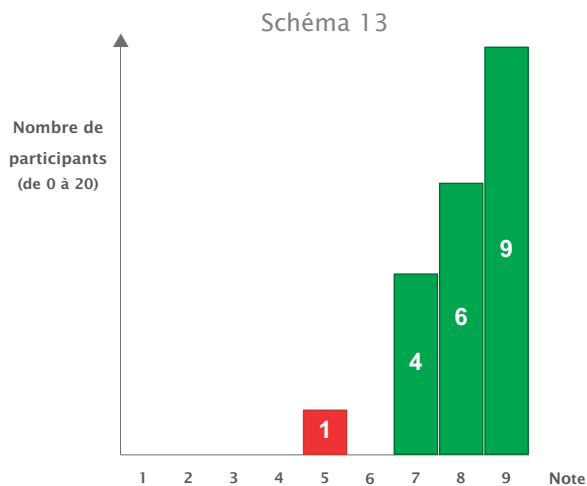
De ces critères libres, sont donc nés 3 nouveaux critères (les 7,8 et 9).

Proposition de reformulation :

Critère 7 ronde 2 :

L'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude.

Résultats :



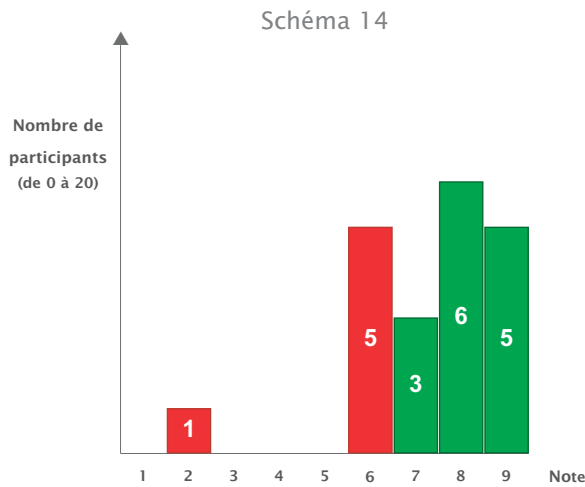
Nombre de participants > ou = à 7 : 19

Pourcentage de consensus : 95%

Critère ACCEPTÉ

Critère 8 ronde 2 :

Le sentiment CCCC dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient.



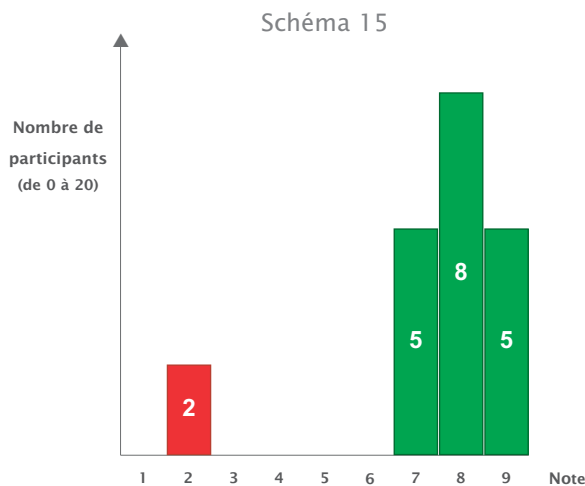
Nombre de participants > ou = à 7 : 14

Pourcentage de consensus : 70%

Critère ACCEPTÉ

Critère 9 ronde 2 :

«Ca colle» peut correspondre à un sentiment de réassurance et le «ça cloche» à un sentiment d'alarme.



Nombre de participants > ou = à 7 : 18

Pourcentage de consensus : 90%

Critère ACCEPTÉ

Au total :

Au cours de cette deuxième ronde, les critères 2, 3, 5, 6, 7, 8 et 9 ont été acceptés et les critères 1 et 4 rejetés. Ils ont donc, conformément à la méthodologie Delphi, été reformulé et repropose au cours d'une 3ème ronde.

4.1.3 Ronde Delphi 3.

20 participants ont répondu à cette 3ème ronde Delphi.

Pour qu'il y ait consensus, il fallait qu'au moins 14 participants mettent une note > ou = à 7 au critère.

La liste des commentaires figure dans l'annexe 8.10.

Critère 1 :

Proposition 1 ronde 2 :

En situation d'incertitude, le médecin peut élaborer son diagnostic en fonction du CCCC.

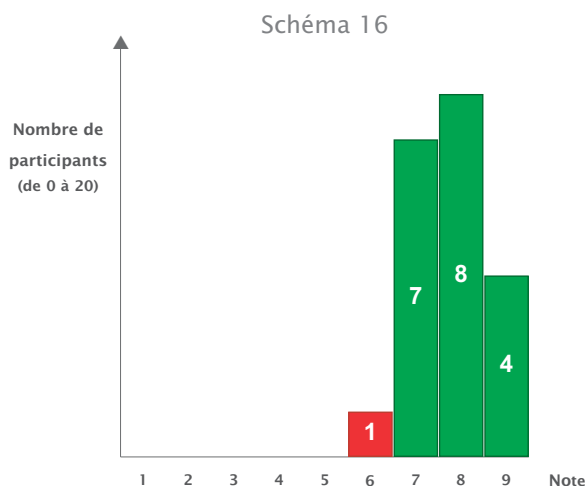
Synthèse des commentaires :

Les participants ont rejeté ce critère car ils n'étaient pas d'accord avec les termes « élaboration du diagnostic ». Pour eux, le CCCC qui tient du subjectif, du 'feeling', ne doit pas être à la base de l'élaboration du diagnostic qui, lui, nécessite de la rigueur, de la méthode et des arguments objectifs. Chez plusieurs, ont été proposé des termes comme 'conforter un diagnostic', 'creuser une piste' ou encore 'élaborer une piste vers un diagnostic possible'. La notion de CCCC comme boussole-outil du médecin généraliste est ressortie de leurs commentaires.

Proposition de reformulation :

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le CCCC pour orienter le raisonnement diagnostic.

Résultats :



Nombre de participants > ou = à 7 : 19

Pourcentage de consensus : 95%

Critère **ACCEPTÉ**

Critère 4 :

Proposition 4 ronde 2 :

«Ca cloche» signifie que le médecin généraliste doit débiter une prise en charge pour éviter des complications graves.

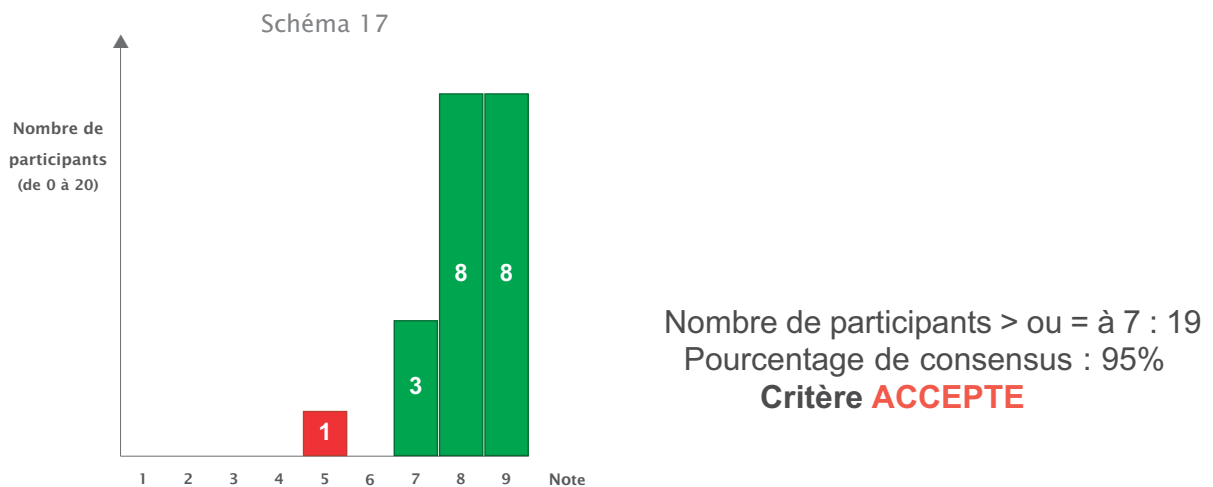
Synthèse des commentaires :

Ce critère a été rejeté car, pour les médecins, le «ça cloche» n'est pas forcément lié à un facteur de gravité. Il peut également s'activer dans des situations où le pronostic semble bénin. De plus, pour eux, dès que ce sentiment s'active, alors il est nécessaire de recourir à des explorations complémentaires de diverses natures (avis spécialisé, simple surveillance ou examens complémentaires). Le «ça cloche» pousse à l'action, il s'agit d'un concept dynamique.

Proposition de reformulation :

«Ca cloche» pousse le médecin généraliste à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examens para-cliniques ou avis spécialisés).

Résultats :



Au total :

Les critères 1 et 4 sont acceptés à l'issue de cette 3ème ronde Delphi.

Il aura donc fallu 3 rondes pour parvenir à un consensus sur 8 critères conceptuels du CCCC.

4.1.4 Les 8 critères finaux à l'issue des 3 rondes Delphi.

Critère 1 :

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le CCCC pour orienter le raisonnement diagnostic.

Critère 2 :

«Ca cloche» pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.

Critère 3 :

«Ca cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs.

Critère 4 :

«Ca cloche» pousse le médecin généraliste à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examens para-cliniques ou avis spécialisés).

Critère 5 (5et 6 fusionnés) :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.

Critère 7 :

L'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude.

Critère 8 :

Le sentiment CCCC dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient.

Critère 9 :

«Ca colle» peut correspondre à un sentiment de réassurance et le «ça cloche» à un sentiment d'alarme.

4.2 Comparaison des critères finaux des médecins généralistes français avec ceux des médecins généralistes français enseignants et des médecins généralistes néerlandais

4.2.1 Les critères consensuels des 3 populations cible

4.2.1-a Les critères consensuels des médecins généralistes enseignants français

Critère 1a :

Le sentiment «ça cloche» du médecin généraliste est surtout lié à la non concordance entre les plaintes du patient en ce sens, qu'elles ne correspondent pas avec les signes (sémiologiques, cliniques) retrouvés par le médecin.

Critère 1b :

Le sentiment «ça colle» du médecin généraliste est surtout lié à la cohérence entre les plaintes du patient et un tableau clinique identifiable par le médecin.

Critère 2 :

Le sentiment «ça cloche» active le processus diagnostique du médecin généraliste en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour le patient.

Critère 3 :

«Ca cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a quelque chose qui coince.

Critère 4 :

«Ca cloche» signifie que le médecin généraliste va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et les craintes présentées par le patient.

Critère 5 :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste, même s'il manque d'arguments objectifs, se sent sûr de proposer une prise en charge adaptée. Cette assurance est cependant provisoire, temporaire, car il doit garder une attitude de prudence indispensable afin de revenir sur sa position au moindre doute.

Critère 6 :

«Ca colle» implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

Critère 7 :

Le sentiment CCCC est une intime conviction du médecin généraliste tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation médecin-malade avec cette situation clinique.

Critère 8 :

Le sentiment CCCC aide à la prise de décision par le médecin généraliste dans des situations d'incertitude.

4.2.1-b *Les critères consensuels néerlandais traduits en français*

Critère 1a :

«Ca cloche» signifie que le médecin généraliste éprouve un sentiment de malaise provenant du fait qu'il/elle est inquiet/inquiète quant à une possible issue défavorable.

Critère 2 :

Le sentiment «ça cloche» active le processus diagnostique, à partir duquel sont formulées et prises en considération des hypothèses de travail pouvant impliquer un problème grave.

Critère 3 :

«Ca cloche» implique que le généraliste se méfie de l'état de santé du patient, bien qu'il/elle n'ait pas pour cela encore suffisamment d'éléments objectifs : il y a quelque chose qui cloche.

Critère 4 :

«Ca cloche» signifie que dans les moyens du possible, il est nécessaire de débiter une prise en charge particulière fin de prévenir de graves complications de santé.

Critère 5 :

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste se sent à l'aise concernant la prise en charge du problème et de son issue, même s'il/elle n'est pas certain/e du diagnostic : tout colle.

Critère 8 :

CCCC forment un élément dynamique dans le processus diagnostique du généraliste.

Critère 9 :

Un sentiment «ça cloche» diminue au fur et à mesure que le diagnostic et/la prise en charge seront plus clairs.

4.2.1-c *Les critères consensuels des médecins généralistes de terrain.*

Ils sont précisés plus haut à la partie 4 des Résultats des 3 rondes Delphi.

4.2.2 Comparaison des critères consensuels des médecins généralistes de terrain français avec ceux des médecins généralistes néerlandais.

4.2.2-a Concepts présents dans les 2 groupes.

- Le "CCCC" apparaît comme un **outil** utilisé par le médecin généraliste dans son processus diagnostique. Il doit en tenir compte car il stimule et oriente son raisonnement diagnostique. (Français : critère 1 / Néerlandais : critère 8)
- Le «ça cloche» instaure la **méfiance** chez le médecin généraliste même sans preuve objective. Ce concept est retrouvé quasiment à l'identique au niveau des 2 pays dans le critère 3. (Français : critère 3 / Néerlandais : critère 3)
- Le «ça cloche» engendre une **dynamique** dans l'attitude du médecin généraliste. Une fois qu'il s'est activé alors s'en suit une attitude qui vise à diminuer ce sentiment par la mise en œuvre d'une autre forme d'intervention (avis, surveillance, examens complémentaires). (Français: critère 4/ Néerlandais : critère 4)
- Le « ça colle» engendre dans les 2 groupes un sentiment d'**assurance**, de sérénité même en l'absence d'éléments objectifs. Ce concept est retrouvé quasiment à l'identique dans les 2 groupes. (Français: critère 5/ Néerlandais : critère 5).

4.2.2-b Concepts spécifiques aux médecins français de terrain.

Les critères obtenus par les médecins généralistes français de terrain ont permis de mettre en évidence de façon spécifique (thématique non retrouvée chez les médecins néerlandais) :

- Le rôle de l'**expérience** comme déterminant majeur du CCCC (critère 7).
- L'importance de la **connaissance** pour le médecin généraliste **de son patient** (critère 8).
- Le « ça cloche » qui pousse le médecin généraliste à **remettre en cause son diagnostic** et donc reformuler ses hypothèses diagnostiques (critère 2).

4.2.2-c Concepts spécifiques aux médecins néerlandais.

Les thématiques suivantes n'ont pas été retrouvées chez les médecins généralistes français de terrain :

- dans leurs critères consensuels, nous retrouvons une très nette **domination du «ça cloche»** sur le «ça colle». En effet 5 critères sur 8 portent sur le «ça cloche» contre 3 sur 8 pour les français. Les néerlandais retiennent essentiellement du concept CCCC la notion d'alarme, de méfiance.
- La **«somatisation»** du concept «ça cloche». Ils ressentent physiquement cette impression au travers l'expression «éprouve un sentiment de malaise».
- Chez les néerlandais nous retrouvons volontiers un côté **dramatique** du « ça cloche » avec des expressions comme «issue défavorable», «problème grave», «graves complications».
- La **gravité** d'une situation clinique ou de son pronostic est évoquée de façon spécifique chez les médecins néerlandais alors qu'elle avait été remise en cause et discutée chez les médecins généralistes français de terrain (critère 2 des néerlandais).
- Le sentiment d'alerte, né du «ça cloche», **diminue avec la clarification** du diagnostic (critère 9 des néerlandais).

4.2.3 Comparaison des critères consensuels des médecins généralistes français de terrain avec ceux des médecins généralistes français enseignants.

4.2.3-a Concepts présents dans les 2 groupes.

- Le "CCCC" apparaît comme un véritable **outil** utilisé par le médecin généraliste (MGT [médecin généraliste de terrain] : critère 1 / MGE [médecin généraliste enseignant] : critère 8).
- Le "CCCC" se montre **bénéfique** et **utile** pour l'orientation du diagnostic (MGT : critère (médecin généraliste de terrain : critère 1/ médecin généraliste enseignant : critère 4).
- L'apparition du sentiment «ça cloche» impose d'avoir recours à d'**autres formes d'intervention** (médecin généraliste de terrain : critère 4 / médecin généraliste enseignant : critère 4).
- Le critère 3 est retrouvé à l'identique dans les 2 populations.

4.2.3-b Concepts spécifiques aux médecins généralistes de terrain.

Les thématiques suivantes n'ont pas été retrouvées chez les médecins généralistes français enseignants :

- Le rôle de l'**expérience** comme déterminant majeur du concept CCCC (critère 7).
- L'importance de la **connaissance** pour le médecin généraliste **de son patient** (critère 8).
- Les notions de «réassurance» et d' «alarme» qui sont deux déterminants majeurs de ce concept CCCC (critère 9).

4.2.3-c Concepts spécifiques aux médecins généralistes enseignants français.

Les thématiques suivantes n'ont pas été retrouvées chez les médecins généralistes français de terrain :

- La notion de **gravité** est bien précisée par les médecins généralistes enseignants : plus une situation clinique ou son pronostic sont ressentis comme « graves » ou sérieux, plus le « ça cloche » s'active. Cela même est remis en cause par les médecins généralistes de terrain qui stipulent que ce sentiment peut s'activer même si une situation semble bénigne.
- Chez les médecins enseignants apparaît la notion d'**assurance à un fort degré** avec des expressions comme «sûr de lui» et «intime conviction» qui correspondent au sentiment «ça colle».
- Parallèlement, ils font preuve de **plus de flexibilité** en instaurant la notion de prudence et de doute permanent avec des expressions comme « assurance provisoire», «prudence indispensable», «revenir sur sa position».
- Enfin, les médecins enseignants précisent plus leur pensée sur le «ça cloche» en montrant que celui ci naissait de la non concordance entre les plaintes du patient et les données de l'examen clinique.

4.2.4 Synthèse du travail de comparaison.

Ce travail de comparaison montre que nous avons identifié dans ces 3 populations, des critères linguistiquement proches, ce qui prouve que le consensus obtenu en France est très similaire à celui obtenu aux Pays-Bas et chez les médecins généralistes français enseignants.

Cela nous permet d'affirmer que le gut feeling est un concept reconnu et utilisé par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Ce travail aura également permis de mettre en évidence des aspects spécifiques de définition du gut feeling chez les médecins généralistes de terrain tels que l'importance contextuelle du patient comme déterminant du gut feeling et du rôle de l'expérience du médecin comme facilitateurs d'activation du gut feeling.

5. DISCUSSION

5.1 Discussion de la méthodologie

5.1.1 Technique Delphi.

Concernant la *technique Delphi* appliquée dans l'étude, celle-ci a largement été utilisée dans la recherche sur les soins en santé. Sa validité et sa fiabilité ont été confirmées après de nombreux débats [28-32]. Nous avons suivi scrupuleusement les lignes directrices d'utilisation de cette technique de consensus, ce qui légitime ce travail.

La reformulation des critères non consensuels en groupe de thèse est ici une étape originale qui a permis de limiter l'influence des convictions personnelles du chercheur.

De même, nous avons fait le choix délibéré en groupe de thèse de reformuler à l'issue de la première ronde, l'ensemble des critères, même ceux acceptés, dans un but de clarification pour leur utilisation dans les travaux de recherche ultérieurs.

Une autre question que l'on peut se poser à l'usage de cette technique Delphi, est : dans quelle mesure les participants n'ont-ils pas intérêt à afficher d'emblée une note ≥ 7 pour parvenir ainsi plus rapidement au consensus et par-là même diminuer le nombre de rondes ? En effet, nous avons pu constater que les médecins qui tardaient à répondre et que nous devions relancer par mail ou téléphone (un très petit nombre cependant) attribuaient davantage de notes > 7 que ceux qui répondaient dans les délais impartis. Le très petit nombre de participants que nous devions relancer à l'occasion des rondes (3 en moyenne) n'a ainsi pas pu biaiser les résultats obtenus, dans la mesure où le degré d'accord entre les participants était fort en général.

5.1.2 Choix de population

Concernant le choix des participants, la technique Delphi peut-être considérée comme limitée du fait du nombre relativement faible de participants : 20 au total. Cependant, cet échantillon est représentatif de façon significative des médecins généralistes du Finistère quant aux âges, sexes, modes d'exercice et milieux d'installation. Ceci conduit à la généralisation des résultats car nous avons respecté le principe de variation maximale de l'échantillon.

5.1.3 Comparaison des critères.

Concernant la comparaison des critères, le nombre de 2 chercheurs a permis d'accroître la validité d'un travail fait par un unique chercheur. Après avoir séparément identifié les thèmes abordés chez les médecins généralistes français de terrain du Finistère, nous avons cherché à savoir si nous les retrouvions dans les 2 autres groupes testés. Au terme de la comparaison, ne sont pas apparues de différences significatives.

5.2 Discussion des résultats.

5.2.1 Généralités.

A l'issue des 3 rondes Delphi, nous avons obtenu un consensus large sur une définition précise des 2 types de gut feeling : une sensation d'alarme et une sensation de réassurance [33].

- La **sensation d'alarme** est définie comme un sentiment de malaise perçu par le médecin généraliste qui est inquiet par une issue défavorable même s'il manque d'arguments objectifs : «il y a quelque chose qui cloche». Cela active le processus diagnostique en poussant le médecin généraliste à reformuler des hypothèses de travail. Ce sentiment d'alarme conduit le médecin à mener d'autres formes d'intervention indépendamment de la gravité potentielle de l'évolution du tableau clinique du patient.

- A l'opposé, le **sentiment de réassurance** a été défini comme un sentiment de sécurité perçu par le médecin généraliste concernant sa prise en charge alors qu'il n'est pas certain du diagnostic : «tout colle». Ce sentiment confère au médecin généraliste une certaine sérénité alors qu'il manque de données objectives.

Des 8 critères finaux, on peut conclure que le gut feeling est familier aux médecins généralistes français de terrain du Finistère et qu'il joue un rôle important dans leur pratique quotidienne. Les médecins généralistes comparent le gut feeling à une boussole et la majorité lui font confiance.

Spécifiquement, chez les médecins généralistes de terrain, ont été mis en évidence 2 déterminants du gut feeling : l'expérience du médecin qui facilite l'utilisation du gut feeling et la connaissance contextuelle du patient qui est une spécificité de médecine générale.

A l'issue du travail de comparaison des critères, il s'avère que le consensus obtenu chez les médecins généralistes de terrain est globalement similaire à celui obtenu aux Pays-Bas et chez les médecins généralistes universitaires.

- Ce qui différencie la population de ce travail de thèse de celui du Dr M. Coppens (médecins généralistes de terrain versus médecins généralistes enseignants), c'est bien le degré d'expertise : les médecins généralistes de terrain pouvant être considérés comme des experts et les médecins généralistes enseignants comme des super-experts (les internes de première année pouvant être considérés comme des novices). Ces derniers nous ont permis de réfléchir sur la notion d'expertise comme déterminant du gut feeling.

- La comparaison des critères entre les médecins généralistes français de terrain et néerlandais, de part la grande similarité entre les critères obtenus, montre que le gut feeling n'est pas lié à la culture.

Les différentes analyses de la littérature confrontées à nos résultats nous permettent de préciser 2 points essentiels :

- La place du gut feeling dans le processus diagnostique du médecin généraliste.
- Les modalités de fonctionnement du gut feeling lors du processus de diagnostic médical.

Nous apporterons également des précisions sur le rôle de l'expérience dans le gut feeling, ainsi que celui de l'expertise au travers les paragraphes qui vont suivre.

5.2.2 Place du gut feeling dans le processus diagnostique du médecin généraliste.

Le critère 1 (*en situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le «CCCC» pour élaborer son diagnostic*) commun aux 3 groupes, montre que le gut feeling fait partie intégrante du processus diagnostique chez les médecins généralistes.

C'est ce que le Dr E. Stopler et son équipe ont mis en évidence au moyen d'une revue de la littérature médicale, psychologique et neuroscientifique [34].

Leur étude montre que le «gut-feeling», considéré comme une forme spécifique d'intuition, naît de l'interaction entre les renseignements apportés par le malade d'une part (le contexte), de l'expérience, et des connaissances du médecin d'autre part. Le modèle de raisonnement diagnostique met en jeu des processus cognitifs analytiques liés au concept de médecine basé sur des preuves, et non analytiques basé sur des processus automatiques [35-39] (contexte du patient, reconnaissance par modèles de cas précédemment rencontrés) et ajoute une troisième voie, celle du gut feeling. Ces 3 éléments interagissent constamment. Le gut feeling découle en conséquence d'un traitement non analytique de l'information disponible et de la connaissance du médecin, soit en le rassurant, soit en l'alertant que quelque chose ne va pas et qu'une décision doit être prise.

La recherche sur les émotions et les données neuroscientifiques corroborent le rôle indubitable de l'affect [40-43] dans les procédés de prise de décision. Cela avait particulièrement été mis en évidence dans les critères consensuels néerlandais avec des expressions comme «*sensation de malaise*» par exemple pour le «ça cloche».

Le Dr E. Stopler et son équipe proposent donc un modèle de raisonnement diagnostique comme une combinaison de processus de raisonnement analytique et non analytique où les 3 voies de raisonnement diagnostique (prise de décision médicale, résolution de problème, et gut feeling) coopèrent au sein du réseau de connaissances du généraliste[44].

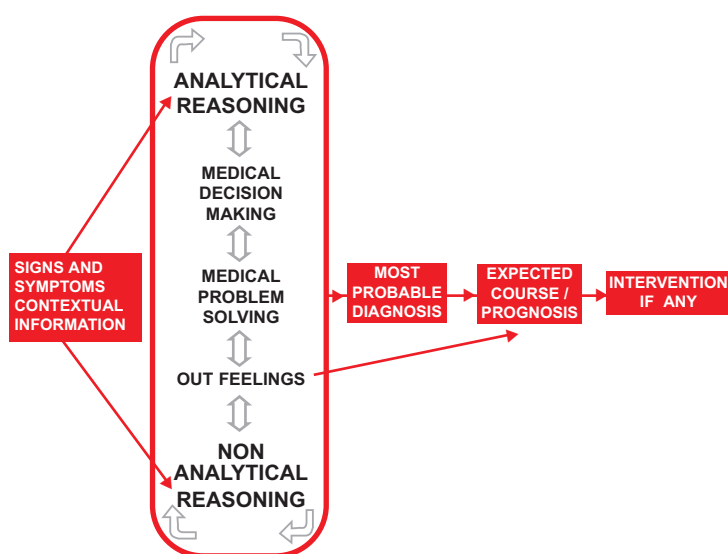


Fig 1 : Knowledge-based model of GPs diagnostic reasoning.

Cette théorie démontre que le gut feeling doit être pris au sérieux et que, quand les médecins généralistes ou stagiaires expérimentent une sensation d'alarme, elle doit les avertir de prendre leur temps et de passer à un raisonnement analytique. Cette notion avait été retrouvée dans les 3 groupes au travers le critère : «*ça cloche*» *pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.*

5.2.3 Modalités de fonctionnement du «gut-feeling» au travers de la proposition d'un modèle de mécanisme cognitif du diagnostic médical.

L'analyse de la littérature montre que le modèle qui intègre le mieux les éléments de définition du gut feeling donnés par les médecins généralistes est le modèle proposé en 2001, par E. Raufaste, enseignant-chercheur en psychologie cognitive à l'université de Toulouse [45].

Pour résumer, la performance du système cognitif mis en œuvre dans l'élaboration d'un diagnostic dépend de 3 critères et de leur interaction :

- La *richesse du répertoire comportemental* : il s'agit de la quantité de connaissances et de savoir-faire mobilisés par le médecin. Plus l'individu dispose d'un répertoire comportemental et plus il lui est possible de sélectionner une action qui soit optimale par rapport à l'environnement auquel il doit réagir. Autrement dit, plus la représentation inclut de diversité et plus la probabilité que cette représentation contienne un chemin vers la solution, est élevée.

- La *pertinence* : Un résultat bien établi dans la littérature sur le diagnostic médical est le fait que si une hypothèse ne fait pas partie de l'ensemble initialement sélectionné, alors cette hypothèse a très peu de chances d'être introduite intérieurement [46-47]. Certes, la découverte d'un fait nouveau peut conduire à une remise en cause de la représentation mais puisque les hypothèses précocement sélectionnées guident le déroulement ultérieur du diagnostic, la probabilité de découvrir des faits indépendants de ces hypothèses s'en trouve effectivement réduite [48]. La qualité de l'étape d'adduction semble déterminante pour la qualité du diagnostic final. La capacité de traitement du système cognitif humain est largement inférieure à l'étendue du répertoire comportemental nécessaire à l'ensemble des situations à traiter. Une habileté déterminante consiste donc à pouvoir sélectionner un ensemble de possibilités auxquelles il est pertinent de consacrer de l'attention. Sont donc pertinentes, l'information nouvelle, la connaissance ou la règle de raisonnement dont l'intégration ou l'application simplifie le calcul de la décision issue du diagnostic plutôt que de la compliquer.

- La *flexibilité* : C'est la capacité à remettre en cause les automatismes pour explorer d'autres régions de l'espace des possibles et éventuellement créer de nouvelles solutions. Elle est rendue nécessaire lorsqu'un cas est trop atypique pour que les automatismes soient suffisants pour résoudre le cas.

Ces 3 valeurs ne doivent pas être considérées isolément mais en interaction. Il existe alors 2 modes de contrôle de l'activité cognitive :

- Un *mode schématique* ou subsymbolique peu coûteux cognitivement car réalisé par des automatismes, mais ne permettant pas la remise en cause de ces automatismes.
- Un *mode attentionnel* de contrôle coûteux cognitivement car il nécessite l'intervention de système superviseur attentionnel dont la capacité est limitée. En revanche, il peut inhiber les automatismes.

Le système superviseur attentionnel [49] permet d'éviter la domination excessive d'un schéma sur les autres (ou rigidité cognitive) ou une absence complète de domination d'un schéma.

Par sa capacité à moduler la pondération des informations traitées (en provenance de l'environnement ou de la représentation), le superviseur attentionnel est capable par nature d'intervenir sur l'activité cognitive soit en protégeant le traitement en cours contre les intrusions extérieures soit en provoquant un changement local de niveau de contrôle.

Ce modèle explique la flexibilité cognitive au moment du diagnostic par la mise en œuvre d'interventions du système attentionnel sur le déroulement spontané des opérations cognitives.

La séquence des activités mentales constitue le flux cognitif qui, dans l'activité diagnostique, est normalement guidée par le schéma dominant. La ligne de pensée représente une séquence continue de flux cognitif guidée par un même schéma.

Par exemple, le médecin effectue les investigations relatives à la gamme diagnostique qu'il considère comme plausible. Dans le contrôle du flux cognitif, 2 types de comportement délibérés sont possibles : laisser ou non le flux cognitif se dérouler de façon autonome.

Concrètement, le médecin peut exécuter ses routines mentales et pratiques habituelles ou bien chercher à s'en écarter.

Apparaît ici la notion d'intervention qui correspond à une activité délibérée du sujet par laquelle le système superviseur attentionnel modifie le déroulement spontané du flux cognitif.

A partir de ces définitions, le flux cognitif se présente globalement comme une série de lignes de pensée pendant lesquelles le système superviseur attentionnel surveille passivement l'exécution ou y contribue activement. Cette série peut être entrecoupée d'interventions qui peuvent, mais pas obligatoirement, changer le schéma dominant induisant ainsi un changement de ligne de pensée.

Des changements de ligne de pensée peuvent aussi être dus, non à une intervention, mais à l'arrivée imprévue d'une nouvelle information. Par exemple, lors d'un examen de routine, l'activité mentale se transforme radicalement si le médecin détecte une anomalie inquiétante.

Les interventions du système superviseur attentionnel sont déclenchées par des schémas particuliers : les rupteurs ou schéma qu'est capable d'activer une procédure d'intervention sur le flux cognitif.

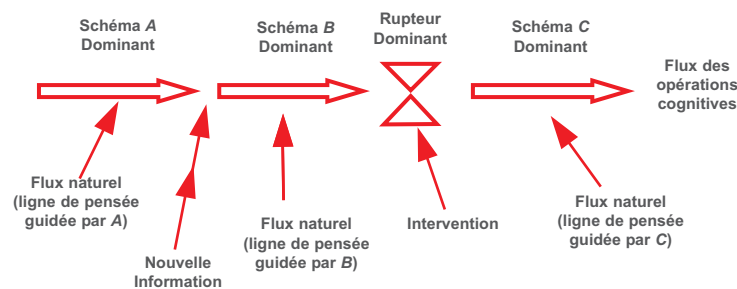


Fig 2 : Analyse de l'activité cognitive du diagnostic médical selon Eric Raufaste.

Les rupteurs peuvent repérer les états mentaux suivants :

- Etat de blocage du flux cognitif.
- Indices de non cohérence de la représentation.
- Indices d'erreurs connus.
- Signes connus pour indiquer des situations dangereuses comme un sentiment de doute, d'alarme ou plus généralement un sentiment affectif négatif.

Ces rupteurs ne sont pas déclenchables directement par l'information d'entrée mais uniquement par des états mentaux d'origine interne (contenu de la représentation ou état général du système)

Le sentiment qui correspond à l'activation d'un rupteur serait du type «ça cloche», il y a quelque chose qui ne va pas.

La présence d'une incohérence dans le réseau qui soutient l'hypothèse diagnostique dominante active les rupteurs par l'intermédiaire d'un sentiment d'incertitude et que les sujets tendent à gérer leur activité cognitive de manière à réduire ce sentiment d'incertitude.

Cette «théorisation» de l'élaboration du diagnostic où intervient le gut feeling proposée par E. Raufaste, regroupe parfaitement bien différents critères de définition du CCCC proposés par les médecins généralistes de terrain :

- Critère 1 : *En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le CCCC pour orienter le raisonnement diagnostique.*

C'est exactement ce que montre cette théorie. La situation d'incertitude déclenche un rupteur par l'intermédiaire du système superviseur attentionnel, ce qui modifiera le flux des opérations cognitives et aboutira à un nouveau schéma dominant. Le rupteur qui intègre la notion de «ça cloche, d'incohérence» fait partie intégrante du modèle d'élaboration du diagnostic médical.

- Critère 2 : *«Ca cloche» pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.*

Là encore, cette théorie explique entièrement ce critère. Le rupteur est activé par un sentiment de type, il y a quelque chose qui ne va pas, «ça cloche», et l'activation de ce rupteur aura pour conséquence l'élaboration d'un nouveau schéma dominant modifiant le schéma initial. En d'autres termes, l'intervention du «ça cloche», crée de nouveaux schémas qui permettent de reconsidérer le diagnostic initial.

5.2.4 gut feeling et expérience

Au travers le critère 7 des médecins généralistes de terrain du Finistère, (*l'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude*) est évoquée l'importance de l'expérience dans la prise de décision en situation d'incertitude.

L'analyse de la littérature permet de trouver plusieurs données scientifiques qui valident ce postulat.

Les principaux éléments du processus diagnostique sont l'anamnèse et l'examen physique.

Dans ce processus, le médecin généraliste associe près de 200 symptômes fréquents à 400 maladies connues pour se produire au moins une fois dans l'année [53].

La recherche a montré que les médecins généralistes expérimentés sont meilleurs et plus rapides à établir un diagnostic correct que ceux inexpérimentés [50]. Ils utilisent tous deux un raisonnement hypothético-déductif mais le médecin généraliste expérimenté a plus facilement accès à ses connaissances, les utilise de façon plus appropriées et optimisées. Il n'a pas plus d'hypothèses diagnostiques que l'inexpérimenté [51]. La distinction se fait sur les connaissances de base utilisées [52], ce que Raufaste appelle la richesse. L'expérience semble alors aussi importante dans le diagnostic que le savoir théorique [50]. Les médecins expérimentés ont tendance à reconnaître certains modèles immédiatement, et seulement dans des cas complexes, ils reformulent des hypothèses multiples. Cependant, l'intuition est également présente chez les novices, comme le confirment les dernières études sur le gut feeling [54].

Il y a un décalage entre le type de raisonnement diagnostique que les généralistes apprennent à utiliser et la façon dont ils résolvent les problèmes diagnostiques dans leur pratique quotidienne.

Ce constat amène donc à poser plusieurs hypothèses qui permettent d'expliquer comment l'expérience peut agir comme une boussole et aider à la prise de décision :

- **Les scripts de la maladie** : le processus d'accumulation des connaissances médicales commence dès les premières années de médecine où les élèves apprennent l'anatomie et la physiologie. A mesure qu'ils acquièrent davantage d'expérience pratique, ils développent progressivement les scripts de la maladie. Un tel script se compose de 3 couches :

- La 1ère couche comprend des connaissances sur les facteurs associés aux maladies, y compris les facteurs prédisposant, les facteurs de risque, l'âge et le sexe.

- La 2ème couche constituée de connaissances sur la physiopathologie qui caractérise la maladie.

- La 3ème couche : Connaissance des symptômes correspondants [55,56].

La fonction principale de ces scripts est de permettre à un médecin de réduire l'histoire d'un patient à des explications médicalement identifiables. Alors que le médecin gagne en expérience, ces 3 couches deviennent de plus en plus étroitement liées. Plus ces scripts sont élaborés, plus il sera facile de les activer. Les scripts sont déclenchés par des stimulations verbales (ex : description des symptômes par le patient) et non verbales (ex : constat d'une obésité). Les médecins expérimentés reconnaîtront immédiatement ce type de patient et ils reconnaîtront ce tableau clinique dans des situations complexes. Dans cette théorie, la connaissance du contexte, spécificité de médecine générale, est très importante pour permettre au médecin généraliste d'établir un diagnostic [57].

- La **théorie du prototype** [58-60] : Dans cette théorie, les prototypes agissent comme des modèles reconnaissables, comme une sorte d'index pour le réseau de connaissances du clinicien. Plus le médecin est expérimenté et plus les liens sont nombreux. Le médecin généraliste compare un patient, ses plaintes et ses symptômes avec les prototypes dans sa tête, à la manière d'une reconnaissance de formes, cherchant un lien pour identifier des tableaux cliniques moins typiques dans la même catégorie. Cela signifie que le savoir encyclopédique tiré de livres en cours d'enseignements a été réorganisé à la suite de l'expérience acquise dans la pratique afin de le rendre plus facilement accessible et applicable.

Ces 2 modèles montrent que la structure des connaissances dans un esprit expérimenté est organisée de manière plus efficace et que les chemins de recherche qu'il suit pour récupérer les connaissances sont plus courts.

En d'autres termes, l'optimisation de la richesse par l'expérience provient de la création et du renforcement de liens entre les éléments de connaissances stockées en mémoire à long terme, ce qui permet de récupérer des blocs entiers de connaissance plutôt que des éléments indépendants. L'expérience rend les connaissances accessibles pour une mise en œuvre en situation. Au niveau des processus de raisonnement, l'expérience amène la constitution de séquences préétablies de raisonnement ce qui automatise la réflexion (qui s'apparente alors à de l'intuition).

5.2.5 «Gut-feeling» et expertise.

La comparaison des critères consensuels des médecins généralistes de terrain avec ceux des médecins généralistes enseignants nous permet d'aborder les thèmes d'expertise (les médecins généralistes de terrain) et de super-expertise (les médecins généralistes enseignants).

La comparaison a mis en évidence que dans le groupe des super-experts, les médecins avaient un plus grand degré de sûreté, de confiance, d'assurance, même en l'absence de preuves objectives comme le témoignaient les termes employés tels que «*sûr de lui*», «*intime conviction*», «*assurance*». En revanche, les mêmes médecins font preuve d'une plus grande faculté à réviser leur jugement, leur diagnostic, dès que le sentiment «ça cloche» fait irruption.

Même si la compétence se développe progressivement avec l'expérience, l'expertise, elle, s'acquiert surtout dans des situations qui présentent des cas nouveaux ou qui posent problème. L'expertise résulte donc bien plus d'une acquisition que d'un don. De plus, l'expertise résulte d'une acquisition au contact de la richesse de la réalité.

Il est maintenant admis grâce à plusieurs travaux de psychologie, que ce ne sont plus les capacités intellectuelles qui fondent les différences entre les experts et les super-experts mais leurs connaissances, l'organisation de ces connaissances et leur degré de fonctionnalité [61].

La composante de l'expertise que constitue la maîtrise du domaine médical est essentiellement acquise par une pratique délibérée [62] (activité dont le but est d'améliorer la performance, dont la seule amélioration à court terme est cette amélioration de la performance, qui s'accompagne d'une concentration de l'attention coûteuse sur le plan physiologique) permettant de développer un vaste répertoire de connaissances et d'habiletés spécifiques.

Pour certains auteurs, la nature de l'expertise repose sur le développement d'une reconnaissance de cas. Ainsi, H.L. Dreyfus et S.E Dreyfus (1986) [63] ont proposé un modèle du développement de l'expertise en 5 étapes :

- Au premier niveau, le novice (interne) utiliserait des règles indépendantes du contexte et négligerait les indices pertinents disponibles.
- Les deux étapes suivantes, seraient des raffinements du raisonnement par les règles permettant une meilleure prise en compte du contexte.
- Au 4^{ém} niveau, le sujet dépasserait le raisonnement analytique et utiliserait une reconnaissance holistique (globale).
- Au plus haut niveau, l'expert utiliserait des intuitions qu'il ne pourrait pas vraiment expliquer. En effet, l'intuition est ce que le conscient perçoit des traitements automatiques inconscients.

L'acquisition d'expertise repose donc sur l'automatisation qui caractérise le véritable expert. Ainsi, n'ayant qu'à activer des représentations déjà construites et stockées, les experts conservent une quantité de ressources attentionnelles disponibles plus grande que les novices. Ces ressources attentionnelles leur confèrent alors une plus grande flexibilité que les novices face aux données nouvelles.

Précisons maintenant un autre versant de la nuance entre expert et super-expert : les diagnosticiens dont les automatismes suffisent généralement à gérer leur activité professionnelle ne manifesteront d'autre flexibilité cognitive que celle qui résulte de la possession d'une diversité d'automatismes capables de libérer les ressources attentionnelles : Ceci correspond à l'expert de base. Les diagnosticiens dont l'activité cognitive suppose une certaine distanciation avec les automatismes (super-expert), mettront en œuvre un autre type de flexibilité cognitive : celle qui résulte d'un recours plus systématique à des rupteurs généraux pour générer des interventions sur le flux cognitif. L'acquisition d'expertise pour des sujets qui ont besoin d'un recours important aux interventions (les super-experts) pourrait consister à apprendre à insérer des points de déclenchements des rupteurs au sein des procédures de traitement spécifiques du domaine d'expertise. Les procédures des experts de base, elles, sont moins associées aux rupteurs.

C'est bien cette notion de flexibilité accrue et de prudence que l'on retrouve littéralement au travers les critères des médecins généralistes enseignants *«cette assurance est cependant provisoire, car il (le médecin généraliste) doit garder une attitude de prudence indispensable afin de revenir sur sa position au moindre doute»*. Cette flexibilité cognitive semble effectivement reliée au sentiment "CCCC" ressenti par les médecins face aux cas qu'ils ont à traiter.

Pour conclure, la flexibilité cognitive que l'on observe chez les experts de base provient de la possession d'une riche base d'automatismes, ce qui libère des ressources attentionnelles. Malgré une base d'automatismes au moins aussi riche, les super-experts ont aussi appris à moins se laisser piéger par les biais qu'induisent ces automatismes (rigidité cognitive).

5.2.6 Gut-feelings et enseignement

La plupart des médecins généralistes néerlandais ayant participé au focus groupes, pensent que le gut feeling pourrait faire l'objet d'un enseignement spécifique puisqu'ils l'utilisent dans leur pratique quotidienne.

En effet, actuellement, les enseignants en médecine apprennent à leurs étudiants à raisonner d'une manière analytique, et lorsque les étudiants exposent leur raisonnement diagnostique en rapport avec le problème d'un patient, ils le font souvent apparaître sous forme d'un processus logique de confrontation d'hypothèses plausibles ou comme le résultat d'un processus mathématique. Cette reconstruction rétrospective exclut souvent les indices tacites et les sentiments intuitifs issus de l'historique du patient et du contexte dont dépend le diagnostic initial. Cette reconstruction nie également les processus intriqués des raisonnements analytiques et non analytiques [64-65].

Face à ce constat, plusieurs pistes d'enseignement incluant le gut feeling pourraient être proposées :

- L'interprétation du discours d'un patient par un médecin généraliste expérimenté pourrait aider les étudiants à comprendre les 2 aspects du raisonnement diagnostique. La «réflexion en action» des médecins au cours du processus diagnostique contribue à la prise de conscience de leur ressenti, doute ou incertitude [66-69].
- Etudier et débattre de cas cliniques écrits ou de vidéos de patients réels ou simulés, orientés spécialement sur le rôle diagnostique de l'intuition, pourrait développer chez les étudiants la reconnaissance et le calibrage de leur propre gut feeling.
- De même, les méthodes d'instruction destinées à combiner les raisonnements analytiques et non analytiques ont démontré qu'elles permettaient d'améliorer la précision des diagnostics [70-71].
- Un enseignement qui prendrait en compte des le système de contrôle que représente le sentiment d'alarme pourrait être efficace pour développer la flexibilité nécessaire à l'optimisation d'un processus de raisonnement diagnostique. En effet, *l'intuition étant ce que le conscient perçoit des traitements automatiques inconscients*, toute perception d'incohérence pourrait éveiller le soupçon du praticien et donc augmenter sa sensibilité aux arguments qui favorisent d'autres hypothèses que l'hypothèse dominante. Autrement dit, cette perception d'alarme reflète la pertinence des éléments pris en compte et permet de détecter les incohérences de la représentation. Un des objectifs de l'enseignement pourrait être de savoir les identifier, ne pas systématiquement les refouler, voire leur faire confiance [72].

6. CONCLUSION.

6.1 Réponse donnée à la question de recherche.

3 rondes Delphi nous ont permis d'aboutir à un large consensus sur 8 critères de définition précisant 2 types de gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : une sensation d'alarme et une sensation de réassurance :

- Une **sensation d'alarme** est définie par le fait que le médecin généraliste est inquiet et méfiant quant à la santé de son patient même s'il ne dispose pour cela d'arguments objectifs : il y a quelque chose qui «cloche». La discordance d'une situation, l'incohérence entre le tableau clinique présenté et la connaissance qu'il a du patient poussent le médecin à revoir ses hypothèses diagnostiques. Cela l'incite à engager d'autres formes d'intervention (surveillance, avis spécialisé et examens complémentaires).
- Une **sensation de réassurance** est définie par le fait que, même si les arguments objectifs manquent, le médecin généraliste est rassuré quant à l'évolution clinique pour le patient. Il se sent suffisamment sûr pour proposer une prise en charge adaptée à son patient. Il n'est pas inquiet : tout «colle». Cette sensation de réassurance peut donc être définie par le fait que le médecin généraliste n'a pas d'inquiétude pour sa prise en charge bien qu'il n'ait pas tous les critères requis pour ses raisonnements habituels.

En établissant des critères de définition consensuels sur le gut feeling, les généralistes de terrain nous montrent qu'ils se reconnaissent dans ce phénomène et qu'ils l'utilisent dans leur pratique quotidienne.

Des spécificités propres aux médecins généralistes de terrain se sont dégagées de cette étude :

- Ils évoquent le rôle important de l'expérience du médecin généraliste qui aide à la prise de décision en situation d'incertitude.
- Ils précisent que le gut feeling apparaît d'autant plus facilement que le médecin connaît son patient.
- En revanche, le concept de gut feeling est indépendant de la notion de gravité : un sentiment «ça cloche» peut faire irruption même en l'absence de tout signe de gravité.

Puisqu'à l'issue du travail de comparaison, nous retrouvons les critères linguistiquement très proches entre les médecins généralistes enseignants et néerlandais, alors nous pouvons affirmer que le concept du gut feeling est autonome du point de vue de la culture, de l'expérience et de l'expertise.

Concernant l'expérience, cette étude confirme son rôle majeur dans l'élaboration du diagnostic, en amenant à la constitution de séquences préétablies de raisonnement ce qui automatise la réflexion.

Concernant l'expertise, elle a pu être mise en évidence au travers de la comparaison des médecins généralistes de terrain avec les médecins enseignants. Elle montre que l'acquisition d'expertise repose sur une automatisation et une plus grande capacité à gérer les aléas ainsi que sur une flexibilité accrue incitant à la prudence.

Comme un concept autonome peut faire l'objet d'un enseignement spécifique, alors il était nécessaire de présenter un modèle précisant sa place dans l'élaboration du processus diagnostique au travers du modèle d'E. Stopler et de proposer une théorie dynamique de son fonctionnement au travers la proposition d'un modèle de mécanisme cognitif du diagnostic médical tel qu'il est suggéré par E. Raufaste.

Ces modèles reprenant parfaitement les critères de définition du gut feeling par les médecins généralistes, permettent d'optimiser les compétences des médecins généralistes en matière de diagnostic médical en situation d'incertitude.

6.2 Perspectives du projet gut feeling

6.2.1 La suite avec CogitaProDiaman.

Les objectifs du groupe CogitaProDiaman sont d'explorer et d'estimer le rôle et l'utilité du gut feeling dans la pratique quotidienne en termes de déterminants pertinents et de valeur diagnostique, et de pouvoir l'expliquer à partir de cadres nosologiques théoriques existants. Un autre objectif est d'intégrer la prise en compte du gut feeling à l'enseignement médical.

Un agenda de recherche a été mis en place en octobre 2008 à l'aide d'une technique de groupe nominal : 20 questions accompagnées d'une méthode adaptée ont ainsi émergé. Le groupe a choisi 10 questions et 9 méthodes prioritaires concernant les aspects suivants :

- Quelle est la prévalence du sens d'alarme et de réassurance ?
- Quelle est la pertinence et les bénéfices diagnostiques du gut feeling? Peut-on calculer leurs propriétés statistiques? Existe-t-il des différences dans la prévalence du gut feeling et le résultat entre les heures de service et celles de garde? Y a-t-il des différences entre les médecins généralistes?
- Quel est le rôle de certains déterminants comme l'expérience professionnelle dans l'intuition ? Existe-t-il des différences entre les médecins généralistes? Quelle est la signification du contexte? Que pouvons-nous encore trouver en étudiant ces déterminants?
- Le concept de gut feeling peut-il être utilisé dans les programmes d'éducation médicale ? Peut-il être enseigné aux étudiants?
- Existe-t-il des paramètres biologiques mesurables du gut feeling, permettant aux chercheurs de trouver plus de preuves?
- Quel est le niveau minimal de maladie à priori nécessaire pour ressentir un sentiment d'alarme?

- Quelles sont les différences sémantiques et les accords entre les médecins généralistes dans l'interprétation des termes concernant le «gut feeling»?
- Existe-t-il des différences de prévalence du gut feeling entre les médecins généralistes et leurs patients ? Le gut feeling des patients influence-t-il le raisonnement diagnostique des médecins généralistes?
- Le gut feeling explique-t-il parfois la faible compliance des médecins généralistes vis à vis des guides/ conférences de consensus?
- Quels sont les éléments non verbaux liés au gut feeling observés par le médecin généraliste?

Pour réaliser ces études, le groupe de recherche CogitaProDiaman a reçu un financement de l'EEGPRN avec pour but un travail collaboratif à l'échelle européenne. Ce groupe de recherche organise des réunions afin de partager résultats et expertise méthodologique. Il prépare des propositions de recherche internationales et initie des projets transnationaux afin de conseiller les autres équipes de recherche sur le gut feeling en Europe. Enfin, il présente le groupe et ses travaux à des congrès de recherche scientifique internationaux tels que l'EGPRN ou la WONCA (World Organisation of National Colleges).

6.2.2 La suite avec le groupe de thèse brestois sur le CCCC

Dans la continuité de ce projet européen, un groupe de travail de thèse sur la décision médicale et le gut feeling s'est constitué sur Brest. La première réunion a eu lieu le 18 mars 2010. Depuis, le groupe de thèse qui n'est pas limité en protagoniste se réunit régulièrement pour débattre sur le sujet et avancer sur les travaux de thèse en cours.

Voici les travaux réalisés par les membres du groupe de thèse :

- Sur quels critères les médecins généralistes adressent-ils leurs patients aux urgences ?
- Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur.
- Les théories de la décision médicale : revue de la littérature
- Décision médicale et incertitude : place de l'expérience.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Stopler E. Gut feelings in General Practice Thèse PHD. Université de Maastricht; 26 Février 2010; p15.
2. Stopler E. Gut feelings in General Practice. Thèse PHD Université de Maastricht; 26 Février 2010; p141.
3. EGPRN : <http://egprn.org/web/about-egprn/foreword>
4. EGPRN : <http://egprn.org/web/about-egprn/history>
5. Stopler E. Gut feelings in General Practice. Thèse PHD Université de Maastricht; 26 Février 2010; p17.
6. Stopler E, Van Royen P, Dinant GJ. The 'sense of alarm' ('gut feelings') in clinical practice, A survey among European General Practitioners on recognition and expression. Eur J Gen. Pract 2010 Jun; 16 (2):70-1.
7. Moreau A et Al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien, Médecine générale. Mars 2004; tome 18, n°645:382-4.
8. Stopler E. Gut feelings in General Practice. Significance and consequence. Abstract Congrès EGPRN 2006, Kavala (Grèce), p25.
<http://egprn.org/web/component/jdownloads/?task=viewdownload&catid=1&cid=29>
9. Stopler E, Van Royen P, Van De Wiel M, Van Bokhoven P, Houben P, Van Der Weijdent T, Dinant GJ. Consensus on gut feelings in general practice. BMC Fam pract 2009;10:66.
10. Noy C. Le maquillage qualitatif, canevas pour la compréhension des phénomènes contemporains. Recherches qualitatives; Hors série n°3; 2007;p308-15.
11. Coppens M. Le sixième sens en médecine générale : validation d'un consensus néerlandais. Thèse de doctorat en médecine générale soutenue à Brest; 1er octobre 2009.
12. Stopler E, Van Leeuwen Y, Van Royen P, Van De Wiel M, Van Bokhoven P, Houben P, Van Der Weijdent T, Hobmas S, Dinant GJ. Establishing an european research agenda on gut feelings in general practice, A qualitative study using the nominal group technique. Eur J Gen Pract; 2010 Jun; 16(2):70-1.
13. The European Expert Group on Cognitive and Interactive Processes in Diagnostics and Management in General Practice. <http://www.gutfeelingsingeneralpractice.eu/introductioncogitalcodiaman2.htm> Cansette; 19 Juillet 2010.
14. Stulmoski GJ, Hartman F, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. Journal of Information Technology Education; 2007:volume 6.
15. De Vose, Spivak H, Hatmaker-Fainigane E, Seger D. A Delphi approach to reach consensus on primary care guidelines regarding youth violence prevention. Pediatrics 2006 ;118,1109-1115.
16. Hassan TB, Barnett DB. Delphi type methodology to develop consensus on the future design of EMLS systems in the United Kingdom. Emerg Med J 2002;19:155-159.
17. Hearnshaw HM, Hasker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. Quality in health care;10:173-178.
18. Romm FJ, Hulka BS. Developing criteria for quality of care assessment : Effect of the Delphi technique. Research Note National Center for health services research North Carolina.
19. Brouwer W, Oenema A, Crutzen R, De Nooijer J, De Vries NK, Brug J. An exploration of factors related to dissemination of and exposure to Internet-delivered behaviour change interventions aimed at adults : a Delphi study approach. Med Internet res; April 2008;10(2).

20. Hasson F, Keerney S, Mc Kenna H. Research guidelines for Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008-1015.
21. Burman A. Selecting performance measures by consensus : an appropriate extension of the Delphi method? *Psychiatric services*; Dec 2005; 56(12);1583.
22. Shekelle PG, Kaham JP, Berstein SJ, Leape LL, Kanberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse of medical procedure. *The New England journal of medicine*; June 1998;338(26):1888-1895.
23. Arreguy-Senac C, Campos de Carvalho E, Superficial peripheral vein type classification of adolescents, adults and elderly according to the Delphi technique. *Rev latino-America Enfer magem* 2008;16(1):86-94.
24. Hasson F, Keeney S, Mc Kenna H. Research guidelines for Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008-1015.
25. Hastre R, Kameda T. The robust beauty of majority rules in group decision. *Psychological revus* 2005;112(2):494-508.
26. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311(7001):376-380.
27. La technique Delphi. In Nadeau, 'Techniques particulières' dans l'évaluation de programmes. 1998, p8-
28. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whitattateer VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability on Delphi studies. *BMC Medical Research Methodology*;2007;7:52-61.
29. Methode Delphi : http://www.iaat.org/telechargement/guide_methodo/4_4_delphi.pdf
30. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311(7001):376-80.
31. Méthode Delphi: http://marjolaine-matray.fr/les_etudes_pourquoi_comment_pdf/la_methode_delphi.pdf
32. Méthode Delphi : http://erwann.neau.free.fr/Toolbox/Methode_Delphi.htm
33. Stopler CF, Van Bohoven MA, Houben PHH, Van De Wiel M, Van Der Weigdent et AL. Consensus on gut feeling in General Practice. *BMC Fam Pract*;2009;10:66.
34. Stopler E, Gp, Phd, Margje, Van De Wiel, Paul Van Royen, Marloe Van Bokhoven, Trudy Van Der Weijden, Geert Jan Dinant. Gut feelings as a third track in general Practionners Diagnostic Reasonning; Article Septembre 2010.
35. Kahneman D. A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *Am Psychol*. 2003;58(9):697-720.
36. Boreham NC. The dangerous practice of thinking. *Med Educ*;1994;28(3):172-9.
37. Feirrera MB, Garcia-Marques L, Sherman SJ, Sherman JW. Automatic and controlled components of judgment and decision macking. *J Pers Soc Psychol*;2006;91(5)797-813.
38. Epstein S. Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *Am Psychol*; 1994;49(8):709-24.
39. Evans JSBT, Frankish K. In two Minds. Dual processes and beyond Oxford. Oxford University Press;2009.
40. Kahneman D. A perspejctive on judgment and choice : mapping bounded rationality. *Am Psycholol*;2003;58(9):697-720.

41. Kahneman D, Frederick S. A model of heuristic Judgment. In : HOLYOAK KJ, MORRISSON R, eds, The Cambridge Handbook of thinking and Reasoning. New York: Cambridge University Press;2005:267-93.
42. Slovic P, Finucane M, Peters E, Mc Gregor D. The Affect Heuristic. Heuristics and biases. New York: Cambridge University Press;2002:397-420.
43. Finucane M, Peters E, Slovic. Judgment and decision making : The danse of affect and reason. In : SCHNEIDER SL, SHANTEAU J, eds. Emerging Perspectives on Judgment and decision Research. Cambridge:Cambridge University Press;2003:327-64.
44. Elstein AS, Schwarz. Clinical Problem Solving and diagnostic decision making: a selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002;324(7339):729-32.
45. Raufaste E. Les mécanismes cognitifs du diagnostic médical. Paris : Editions le travail humain; PUF2001.
46. Elstein A.S, Shulman L.S, Sprafka S.A (1978). Medical Problem Solving : An Analysis of clinical reasoning; Cambridge; M: Harvard University Press.
47. Lesgold, A. M., Feltovich P.J., Glaser R., Wang Y (1981). The acquisition of perceptual diagnostic skill in radiology (Tech.Rep.No. PDS-1). Pittsburgh, PA; University of Pittsburgh, Learning Research and Development center.
48. Barrows H.S, Norman GR, Neufeld VR, Feightner JW (1982). The clinical reasoning of randomly selected physicians in general medicine practice. *Clinical and Investigative Medicine*; 5,49-55.
49. Norman DA Shallice T (1986). Attention to action : Willed and automatic control of behavior. In R. J. Davidson, G.E.Schwartz, & D. Shapiro (Ed). *Consciousness and self-regulation*. New-York Plenum Press; Vol4(p1-18).
50. Stopler E. Gut feelings in general practice, Thèse soutenue à la faculté de médecine de Maastricht;2010.
51. Coppens M. Le 6^{ém} sens en médecine générale : Validation d'un consensus néerlandais. Thèse soutenue à la faculté de médecine de Brest;2009.
- 52.1. Hauswaldt J. «Something doesn't fit here!» – Sensation of Alarm in Clinical Decision Making. <http://www.gutfeelings.eu/2007/09/03/something-doesn't-fit-here>
- 52.2. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. From complaint to diagnosis. Bussum:Uitg.Coutinho;1998.
53. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis: an expanded source book (2ed). Newbury Park, CA:sage;1994.
54. Hams SP. A Gut Feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive Crit Care Nurs* 2006;22(5):253-63.
55. Feltovich J, Barrowes HS. Issue of generality in medical problem solving. In : *Tutorials in problem-based learning. A new direction in teaching the health professions*. Assen:Van Gorcum;1984.
56. Gulmans J. Learning to establish diagnoses : conceptualisation and problem-solving in medical and paramedical education. Amsterdam;Thesis Publishers;1994.
57. Hobus P. GPs'expertise. *NUGI* 741;1994.
58. Rosch E. Cognitive representations of semantic categories. *Journal of experimental psychology:general* 1975;104:192-233.

59. Rosch E, Mervis CB. Family resemblance: studies in the international structure of categories. *Cognitive Psychology* 1975; 7:573-605.
60. Bordage. Elaborated knowledge : a key to successful diagnostic thinking. *Acad Med* 1994;69:883-5.
61. Reason J. *L'erreur humaine* (J.M.Hoc trad.). Paris:PUF (édition originale:1990).
62. Ericsson KA, Krampe RT, Tesh-Römer. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*. *Psychological Review*;100:363-406.
63. Dreyfus HL & Dreyfus SE. *Mind over Machine : The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York;The Free Press(1986).
64. Norman GR, Evak, Brooks L. Non analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ*. 2007;41(12):1140-5.
65. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ*;2004;39(1):98-106.
66. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Eng J Med*. 2006;355(21):2217-25.
67. Grennhalg T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*. 1999;318(7179):323-5.
68. Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA. Illness in context and families as teachers : a year long project for medical students. *Acad Med*. 2005; 80(5):448-51.
69. McNaughton J. Anecdote in clinical practice. In: GREENHALGH T, HURWITZ B, eds. *Narrative based medicine: dialogue and discourses in clinical practice*. London:BMJ Publications; 1999:202-11.
70. Evakw, Hatala RM, Leblanc VR, Brooks LR. Teaching from the clinical reasoning literature: combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information. *Med Educ*. 2007;41(12):1152-8.
71. Art TK, Brooks LR, Eva KW. The benefits of flexibility : the pedagogical value of instructions to adopt multifaceted diagnostic reasoning strategies. *Med Educ*. 2007; 41(3):281-7.
72. Raufaste E. *Les mécanismes cognitifs du diagnostic médical*. Paris;Editions le travail humain PUF 2001.
73. Bryman A, Burgess R Eds. *Analysing qualitative data*. London : routledge;1994.

8. ANNEXES

8.1 Liste des critères néerlandais traduits en français utilisés pour la première ronde Delphi

Statement 1

Het "pluis en niet pluis gevoel" van de huisarts heeft vooral te maken met de mate van zekerheid van de huisarts over de prognose van de klachten.

Statement 2

Het "pluis en niet pluis gevoel" heeft weinig te maken met het formuleren van werkhypothesen en diagnoses.

Statement 3

"Niet pluis" impliceert dat de huisarts de gezondheidssituatie van de patient wantrouwt hoewel hij/zij daar nog geen objectieve argumenten voor heeft hier klopt iets niet.

Statement 4

"Niet pluis" betekent dat een of andere vorm van interventie noodzakelijk lijkt om ernstige gezondheidsproblemen op korte termijn te voorkomen.

Statement 5

"Pluis" betekent dat de huisarts zich zeker voelt over de prognose, ook al ontbreken objectieve argumenten het klopt allemaal.

Statement 6

"Pluis" impliceert dat de huisarts voor zich zelf de zekerheid heeft over het instellen van een therapie.

Statement 7

Misschien wilt u zelf nog een statement formuleren met het oog op een definitie van "pluis en niet-pluis" Wilt u da! hieronder invullen?

8.2 Courrier 1 adressé aux médecins généralistes



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

Philippe BAIL
Professeur Associé,
philippe-bail@wanadoo.fr

Jean Yves LE RESTE
Professeur Associé,
Directeur du département
lerestejy@alioceadid.fr

Bernard LE FLOCH
Maître de Conférences Associé,
Coordonnateur local du DES
Responsable du second cycle
bleflochl@univ-brest.fr

Pierre BARRAINE
Maître de Conférences Associé
pierre.barraine@wanadoo.fr

Benoît CHIRON
Chef de Clinique Universitaire
benoitchiron@yahoo.fr

CHARGES DE MISSIONS

Patrice NABBE
nabbe.patrice@wanadoo.fr

Sébastien CADIER
cadierssb@wanadoo.fr

Marie BARAIS
marie.barais@gmail.com

CHARGES D'ENSEIGNEMENTS

Jean-François AUFFRET
Patrick BALOUET
Jacques BILLANT
Sylvie COQUIL
Philippe JEFFREDO
Anne-Marie LE BERRE
Jean-Jérôme LE COQ
Christine VANNIER-DUBOIS
Jeanlin VIALA

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Béatrice LAJARRIGE
beatrice.lajarrige@univ-brest.fr

Objet : thèse sur la décision médicale en situation d'incertitude. 1 ère ronde.

Chère consoeur, cher confrère,

Nous voulons tout d'abord très sincèrement vous remercier pour avoir accepté de bien vouloir participer à un groupe de consensus Delphi modifié au sujet du concept « ça colle, ça cloche » matérialisant la décision médicale en situation d'incertitude en pratique de médecine générale.

Pour cela, vous trouverez en annexe 6 propositions au sujet de ce concept « ça colle, ça cloche » ainsi que les consignes pour la réalisation de cette première ronde Delphi. J'insiste sur la nécessité d'écrire vos commentaires pour chacun des 6 critères ; c'est ce qui nous permettra de reformuler les critères au plus près de votre ressenti.

Nous souhaiterions achever l'ensemble des rondes Delphi pour le 15 novembre. C'est pourquoi nous vous demandons d'envoyer ce courriel complété avant le mercredi 27 octobre à l'adresse suivante : aurellen.chipeaux@wanadoo.fr. S'il persiste des incompréhensions dans sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail soit par téléphone au 06.81.36.36.96. (portable Elisabeth Chipeaux)

Avec tous nos remerciements et nos salutations amicales,

Elisabeth Chipeaux, Pierre Barraine, Marie Barais et le groupe de thèse « CCCC ».

8.3 Consignes Ronde Delphi 1

Les consignes pour cette ronde Delphi : formulaire avec propositions et scores.

Voulez-vous exprimer pour chacune des propositions votre appréciation par une note : la note 9 signifie que vous êtes « totalement d'accord » et la note 1 que vous êtes « totalement en désaccord ». Voudriez-vous, dans votre appréciation, prendre en compte aussi bien les aspects de contenu que les aspects textuels ? Après chaque proposition, nous avons laissé un espace pour un commentaire afin d'explicitier votre notation. Lorsque vous attribuerez une note inférieure à 7, nous espérons que vous prendrez le temps d'indiquer dans votre commentaire quels aspects de la proposition ne vous conviennent pas et pourquoi. Mais votre commentaire sera aussi le bienvenu lorsque vous attribuerez une note supérieure ou égale à 7.

Dans ce type de méthode, afin qu'il n'y ait pas de biais, il est souhaitable que vous (les participants) ne communiquiez pas entre vous. Merci de respecter cet impératif.

Nom :

Date :

Proposition 1

Le sentiment « ça colle, ça cloche » du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaire

Proposition 2

Le sentiment « ça colle, ça cloche » n'a pas grand-chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostics.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaire

Proposition 3

« Ça cloche » implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaire

Proposition 4

« Ça cloche » signifie qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaire

Proposition 5

« Ça colle » signifie que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic, même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Commentaire

Proposition 6

« Ça colle » implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaire

Peut-être désirez-vous formuler vous-même une proposition concernant la définition du « ça colle, ça cloche ». Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous ?

Proposition 7

--

Commentaire :

8.4 Résultats ronde Delphi 1

8.4.1 Résultats ronde Delphi 1. Critère 1

Le sentiment « CCCC » du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.

	Réponse
1	<i>La terminologie CCCC a pour moi à voir avec l'hypothèse ou le doute diagnostic, pas avec la terminologie pronostique.</i>
1	<i>Il me semble nécessaire d'argumenter auprès du patient mon sentiment CCCC. Même sans argument objectif sur le diagnostic, en raisonnant sur les critères de gravité, sur le degré d'urgence et sur les possibilités de surveillance et d'intervention ultérieure, il me semble nécessaire d'obtenir l'adhésion du patient à mon point de vue. Mon degré d'assurance va dépendre de son degré d'adhésion et de ma capacité à lui expliquer mon point de vue.</i>
3	<i>Surtout concernant son propre diagnostic.</i>
7	<i>CCCC tient de l'assurance du médecin : cela fait intervenir ses connaissances médicales, sa connaissance (ou non) du patient, de son expérience, des signes cliniques que présente le patient. Cela ne tient pas du « feeling », du « je pense que » sans pouvoir expliquer pourquoi. L'assurance naît, me semble t'il, de la connaissance, notamment pour le pronostic des plaintes.</i>
3	<i>Pas bien compris. Il faut un faisceau d'arguments cliniques correspondant à l'interrogatoire pour dire si « ça colle » ou « ça cloche ». Certains patients sont très plaintifs, d'autres pas.</i>
8	<i>L'habitude et la pratique permettent d'adopter cette attitude mais attention, celle-ci peut-être piègeuse.</i>
5	<i>Les termes utilisés sont de prime abord « effrayants ». Le doute est l'apanage de notre métier et me semble gage de son authenticité; que penser alors d'« assurance », de « pronostic des plaintes.</i>
5	<i>Degré d'assurance du médecin = oui, mais pas concernant le pronostic : plutôt « interprétation des plaintes».</i>
2	<i>Il n'y a pas de corrélation entre le « CCCC » du médecin généraliste et l'assurance concernant le pronostic des plaintes. Cela concerne surtout le diagnostic indépendamment du pronostic qui concerne l'issue ou l'évolution prévue ou prévisible.</i>
7	<i>CCCC implique t'il nécessairement « il cloche, il colle » (il= le patient) ? Existe-t-il un double sens ? . « ça colle » = je comprends, tout concorde +/- le patient n'est pas inquiétant. . « ça cloche » = je n'y comprends rien +/- le patient est inquiétant.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
1	<i>Question à la limite du compréhensible, issue d'une traduction littérale ? Impossible de se prononcer sur le fond.</i>
6	<i>La définition me semble inexacte, il ne s'agit pas que du pronostic de la maladie, mais plutôt du stade de diagnostic, puisque ensuite le médecin va chercher à la conforter par des examens...Le pronostic ne vient que plus tard. La formulation « pronostic des plaintes » me semble inadaptée. Je dirai plutôt « assurance du médecin concernant son diagnostic en rapport avec les plaintes exprimées par le patient.</i>
6	<i>Pas forcément d'accord avec le contenu du texte : « degré d'assurance » et « du pronostic des plaintes.</i>
7	<i>Formulation un peu compliquée.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Et surtout de la connaissance du patient.</i>
2	<i>A moins d'avoir mal saisi le sens de la question, je ne vois pas le rapport entre le sentiment CCCC et un pronostic; j'aurais plutôt tendance à rapprocher ces sentiments d'une ou plusieurs hypothèses diagnostiques.</i>
4	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.4.2 Résultats ronde Delphi 1. Critère 2

Le sentiment « CCCC » du médecin n'a pas grand-chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostics.

Note	Réponse
	<i>Si ça a à voir mais ça reste une terminologie floue. Impossible à coter cette phrase.</i>
1	<i>Mon point de vue doit être étayé et nécessite la formulation d'hypothèses diagnostiques. Chaque hypothèse va être explorée en imaginant une évolution si elle se concrétise. Ce n'est qu'à condition qu'aucun risque ne soit pris pour la santé du patient en extrapolant chacune des hypothèses, que mon sentiment CCCC va se préciser.</i>
7	<i>Il a à voir avec son expérience et le « pif-au-mètre ».</i>
3	<i>CCCC est directement lié selon moi, à la façon dont on va poser les hypothèses de travail et de diagnostic. Encore une fois, CCCC ne tien pas du hasard ais naît avant tout d'une rigueur intellectuelle, une rigueur de travail qui nous mène à conceptualiser un CCCC.</i>
8	<i>Pas bien compris la proposition.</i>
7	<i>Le sentiment CCCC est un ressenti, à toujours confronter aux données de l'examen.</i>
8	<i>Pour être honnête, nous sommes ici plus proches de validation de pensées établies en algorithme que de véritables sentiments.</i>
8	<i>On est plus dans le domaine du subjectif et dans le « feeling » que dans une hypothèse diagnostique qui demande des signes objectifs.</i>
2	<i>La proposition CCCC est complémentaire de l'établissement du diagnostic et de l'élaboration pour y parvenir (ce sentiment de cohérence entre les symptômes et les données de l'examen clinique puis des données de l'examen para clinique donne une cohérence dans l'établissement du diagnostic.</i>
3	<i>CCCC est de l'ordre de l'intuition, du « feeling », du pressentiment et de ce fait de l'irrationnel mais cette intuition intervient au terme d'un processus de réflexion autour de plusieurs hypothèses.</i>
8	<i>On peut penser à une petite lampe qui s'allume et on ne sait pas pourquoi.</i>
3	<i>Plus compréhensible mais formulation alambiquée. Sur le fond : plutôt pas d'accord : l'impression que « ça cloche » va influencer l'attitude diagnostique et thérapeutique.</i>
	<i>Je ne comprends même pas la phrase !</i>
5	<i>Je pense que ça à quelque chose à voir car c'est sur l'hypothèse de travail et de diagnostic que l'on se base. Si ça rentre dans une hypothèse de diagnostic, ça cloche plus.</i>
3	<i>Si, lorsque ce sentiment survient après examen.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
6	<i>J'avoue ne pas trop comprendre la question. Cela fait partie d'une hypothèse de travail qu'il va falloir consolider par d'autres examens.</i>
5	<i>Malgré ma réponse à la proposition 1, je fais ici une réponse de normand.. En fait, en étant précis sur les mots, le sentiment CCCC (sentiment relativement imprécis) m'apparaît éloigné de la formulation d'hypothèses diagnostiques (démarche plus formelle). J'aurai été plus tranché sur la proposition : le sentiment CCCC n'a pas grand chose à voir avec un sentiment diagnostique.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>

8.4.3 Résultats ronde Delphi 1. Critère 3

« Ca cloche » implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.

Note	Réponse
9	<i>Tout à fait d'accord. Impression pifométrique mis ressentie très intensément.</i>
9	<i>Comme indiqué ci dessus, il faut que l'extrapolation de chaque hypothèse soit sans risque pour le patient. Il ne s'agit là d'arguments objectifs forcément. On précise au patient que quelque chose coince. La concrétisation d'une des hypothèses diagnostique n'est pas sans risque pour lui. Le médecin se méfie et doit clarifier certaines craintes. Le risque doit être mesuré.</i>
7	<i>Surtout valable en situation d'urgence.</i>
7	<i>D'autant plus, à mon avis, quand le médecin voit le patient pour la première fois.</i>
9	<i>Inadéquation entre le motif des consultations et la clinique. Intérêt de connaître ses patients. Utilité +++ du médecin traitant.</i>
7	<i>L'intuition, la connaissance du patient ont certainement leur importance.</i>
7	<i>La méfiance n'est pas de mise, sauf si votre patient est bien pâle et prend rendez-vous exclusivement après le coucher du soleil</i>
8	<i>« Ca cloche » car il ta l'impression qu'il y a autre chose que je n'ai pas vu.</i>
2	<i>Le « ça cloche » m'évoque surtout une discordance entre les plaintes du patient et l'analyse des symptômes et des données objectives de l'examen clinique. C'est le domaine des plaintes d'allure « fonctionnelle ». Le ça cloche est indépendant de l'état de santé du patient.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Oui, globalement d'accord.</i>
9	<i>Oui, souvent même si on a aucun argument objectif (bonnes constantes vitales par exemple), on ne sent pas le patient et on sent que c'est potentiellement grave ou rapidement évolutif.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>D'autant plus vrai que le médecin a de l'expérience.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>C'est l'intuition, surtout si on connaît le patient.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>

8.4.4 Résultats ronde Delphi 1. Critère 4

« Ca cloche » implique qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.

Note	Réponse
9	<i>Tout à fait d'accord. Il faut trouver d'autres éléments complémentaires pour confirmer ou non cette impression.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Nécessité de procéder à des examens complémentaires.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Il faut quelques examens complémentaires et/ avis complémentaires pour confirmer mon sentiment que « ça cloche ». Exemple : un patient qui ne consulte jamais et qui consulte pour un motif auquel je ne trouve pas d'explications lors de ma consultation.</i>
6	<i>Ne pas s'entêter, prendre du recul et surtout ne pas hésiter à passer la main.</i>
7	<i>Même réticence vis-à-vis du terme, trop impersonnel et étriqué pour apprécier la complexité réelle du patient que nous avons à soigner.</i>
7	<i>Eviter des complications, oui. Graves, pas forcément.</i>
2	<i>Il y a une différence entre l'évolution vers une grave complication de santé et le diagnostic. Le « ça cloche » implique cependant qu'une autre forme d'intervention est nécessaire pour l'établissement correct du diagnostic indépendamment de l'évolution.</i>
7	<i>« Ca cloche » implique t'il nécessairement un critère de gravité ? On pourrait peut-être évoquer une errance diagnostique, quelque chose que l'on n'arrive pas à cerner ; ça ne colle pas au niveau du diagnostic, il y a une discordance qu'il convient d'explorer par des investigations complémentaires, pour peut-être ne pas passer à côté de quelque chose de grave.</i>
8	<i>On dit souvent au patient qu'on souhaite le revoir dans une semaine.</i>
3	<i>Tout dépend du contexte clinique. Ca peut clocher pour des choses pas graves ; l'incertitude en médecine ne concerne pas que les situations mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel, donc plutôt pas d'accord. En revanche, en cas de doute, même faible, sur une urgence vitale, d'accord avec la proposition.</i>
9	<i>Oui, soit par l'envoi du patient aux urgences, soit par la réalisation dans la journée ou les 48 heures d'examens en ville si cela est possible.</i>
7	<i>Pas forcément des complications graves.</i>
9	<i>Oui, logiquement.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Si ça cloche, on réalise des examens complémentaires pour se « rassurer » et étayer.</i>
2	<i>N.B : ne manque t'il pas un mot dans l'énoncé ? « signifie qu'une (... ?) ou autre forme ». Je cote à 2 car ce n'est pas parce que j'ai le sentiment qu'il y a quelque chose qui cloche que c'est forcément un problème d'évolution grave en l'absence d'attitude adaptée.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
3	<i>Non commenté.</i>

8.4.5 Résultats ronde Delphi 1. Critère 5

« Ca colle » implique que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic, même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.

Note	Réponse
1	<i>Pas pronostic : DIAGNOSTIC !!! ou alors on parle du pronostic du diagnostic. Il faut faire attention à cette terminologie; le terme pronostic évoque l'avenir de la santé du patient à court ou long terme.</i>
8	<i>Encore une fois l'adhésion du patient doit être totale, il s'agit d'un contrat de confiance. Mon sentiment « ça colle » dépend de son adhésion à mon point de vue.</i>
7	<i>Le médecin se sent sûr de lui pour le diagnostic plus que pour le pronostic.</i>
3	<i>Il me semble impossible d'être sûr du pronostic sans aucun argument objectif.</i>
6	<i>On ne peut pas conclure que ça colle » si il n'y a que du subjectif.</i>
7	<i>Fréquent. Ne pas se départir d'un certain degré d'esprit critique.</i>
5	<i>C'est la troisième fois que je remplis ce questionnaire, je m'adapte progressivement à cette façon de penser en faisant taire autant que possible mon esprit critique mais je ne suis pas sûr que « ça colle » prenne vraiment.</i>
8	<i>Le ressenti est bon, donc ça doit colle mais il peut ou il doit toujours y avoir un doute.</i>
2	<i>Le médecin peut se sentir « sûr » du diagnostic mais pas du pronostic. « Ca colle » rend bien compte de la cohérence entre les données des plaintes, l'analyse des symptômes, même si les données objectives manquent. C'est le domaine de la psychologie ou psychiatrie où il est parfois difficile d'avoir tous les éléments objectifs.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
5	<i>Trop vague et trop précis à la fois : « pronostic » ou « diagnostic » ? De plus en situation de doute mais de bénignité, on peut se sentir sur de soi sans que « tout concorde » absolument.</i>
8	<i>Oui, mais pas forcément le pronostic : encore une fois, il s'agit du diagnostic puis du pronostic.</i>
8	<i>Je dirai plutôt pour le diagnostic plus que pour le pronostic.</i>
2	<i>Non, car autant le « ça cloche » enclenche des investigations, autant le « ça colle » ne peut être une affirmation définitive à ne rien faire de plus.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
1	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Voui, à ceci près qu'il est indispensable (AMHA) des rester humble dans ses « certitudes ». La pratique quotidienne de la médecine, en tous cas la mienne, montre qu'on peut être certain à 100% sur le coup et n'avoir au final raison qu'à 90-95%..</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>

8.4.6 Résultats ronde Delphi 1. Critère 6

« Ca colle » implique que le médecin généraliste se sent suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

Note	Réponse
6	<i>Presque !! Mais là encore, nous sommes dans la subjectivité totale, des arguments complémentaires sont généralement indispensables.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>« Ca colle » : concordance entre les signes cliniques, la pathologie, le traitement, les antécédents. Le médecin a pris toutes les précautions pour le patient avant d'instaurer le traitement.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Découle de la précédente proposition. Ne pas hésiter à aller au bout du raisonnement.</i>
7	<i>La décision de mettre en place une stratégie de traitement est effective ; ce sentiment de « sûreté » n'étant pas gage de guérison, voire une illusion si nous l'assétons à un malade objet.</i>
9	<i>Oui, c'est logique.</i>
8	<i>« Ca colle » implique effectivement qu'il y a une cohérence aboutissant au bon diagnostic et au traitement si besoin qui en découle. Cependant, le « doute » habite toujours le médecin qui est vigilant sur l'évolution du problème posé.</i>
9	<i>Tout à fait d'accord.</i>
7	<i>Traitement ou non traitement médicamenteux.</i>
8	<i>Mais ça peut coller sans qu'un traitement soit nécessaire et inversement.</i>
6	<i>La formulation me semble, là encore, inexacte... Pourquoi ne parler que d'instauration de traitement ? Il manque l'étape clinique du diagnostic! Non, car même si ça ne colle pas tout à fait, on peut proposer un traitement quand même. Non, car même si ça colle, si la maladie n'est pas grave du tout, on peut même proposer l'abstention thérapeutique (ex : virose banale).</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Oui, sinon nous ne prescrivons jamais rien.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
1	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Comme pour la proposition précédente, j'émet les mêmes réserves avec un niveau légèrement inférieur : l'étape « thérapeutique » précède l'étape « pronostique » : on a donc un risque théorique moindre - AMHA – de se planter dans ses certitudes.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.4.7 Résultats ronde Delphi 1. Critère 7

**Peut- être désirez-vous formuler vous-même une proposition concernant la définition du « CCCC » ?
Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous.**

Réponse
<i>Bien difficile cette terminologie : je ne l'emploie jamais. J'ai essayé d'adapter ces 2 mots à mon ressenti en face d'une impression ou d'un doute diagnostic...Donc comme définition : doute/certitude dans l'impression diagnostique au premier abord.</i>
<i>Non commenté.</i>
<i>Pourcentage de chance à définir pour que le diagnostic soit le bon.</i>
<i>Non commenté.</i>
<i>Ma connaissance du patient, mon interrogatoire, mon examen clinique sont en adéquation : ça colle. Ils ne le sont pas : ça cloche. On ne peut se baser sur un sentiment instinctif uniquement. C'est l'ensemble des arguments de ma proposition 7 qui crée mon sentiment « CC ou CC ».</i>
<i>« CCCC » : Attitude dominante dans la décision de médecine générale ou très souvent le temps est compté. Surprenant ! Les formulations des propositions nécessitent parfois une « rude » réflexion. Peut-être est-ce une question de communication inter génération ?</i>
<i>Je crois, je crois pas. » Je me demande si je suis vraiment l'homme de la situation.</i>
<i>« CCCC » : du « il y a une forte probabilité » jusqu'à « il y a quelque chose que je ne comprends pas.</i>
<i>Cette définition CCCC rend bien compte de la cohérence nécessaire pour l'établissement du diagnostic entre les données de l'analyse des plaintes, des symptômes, de l'examen clinique. Je ne trouve pas mieux comme expression.</i>
<i>« Ca colle » : intuitivement tout concorde. « Ca cloche » : ça ne colle pas (C'est une lapalissade...) Je ne suis pas sûre d'avoir cerner toutes les subtilités des propositions.</i>
<i>J'ai lu il y a longtemps un article médical où il était dit que le diagnostic du médecin lors d'une consultation se faisait dans les premières minutes.</i>
<i>« Ca cloche » désigne une situation où les éléments recueillis sont discordants ou équivoques et doivent faire étayer le diagnostic par d'autres moyens (para cliniques, second avis, recul évolutif...) ; plus rarement ça peut désigner une situation où tous les éléments recueillis sont concordants en faveur de la bénignité mais où le « pifomètre » entre en jeu : on va plus loin sur le plan diagnostic ou plus fort sur le plan thérapeutique parce qu'on ne sent pas le malade. « Ca colle »...quand ça ne cloche pas !</i>
<i>« Ca colle » signifie que le médecin généraliste, après avoir réalisé un examen clinique précis, est sûr de lui concernant le diagnostic d'un ensemble de plaintes présentées par le patient, même si il ne peut en proposer l'étiologie exacte. Il peut facilement rassurer le patient et proposer un traitement adapté. « Ca cloche » signifie que le médecin généraliste, après avoir réalisé un examen clinique précis, devant un ensemble de plaintes présentées par le patient, même en l'absence de signes cliniques de gravité, conserve un doute important quant à la gravité des signes, pouvant relever même d'un pronostic vital engagé à court terme. Il n'arrive pas à établir un diagnostic précis, encore moins à rassurer le patient, et est obligé de recourir rapidement à des examens complémentaires ou un avis spécialisé pour établir un diagnostic et traiter le patient. Le « CCCC » est fonction de son expérience clinique.</i>
<i>« Ca colle » pour moi, c'est quand c'est cohérent. « Ca cloche » c'est quand il y a quelque chose qui ne rentre pas dans le cadre de l'hypothèse envisagée, soit à la clinique ou à l'interrogatoire, et qui nécessite de ce fait un approfondissement.</i>
<i>« « Ca colle », plutôt bon signe avec prudence. « Ca cloche », plutôt mauvais signe, on ne peut en rester là.</i>
<i>Ca marche, ça ne va pas.</i>
<i>Non commenté.</i>
<i>Intuition, ressenti et expérience.</i>
<i>Ca marche, ça ne va pas.</i>
<i>La notion CCCC instaure pour le soignant la notion d'intuition, de bème sens. Le support scientifique permet de fixer le diagnostic.</i>

8.5 Courrier 2 adressé aux médecins généralistes

Le 18 novembre 2010,

Chère consœur, cher confrère,

Merci à vous d'avoir répondu au questionnaire de la première ronde Delphi, et ce dans des délais qui, je le sais, étaient courts ! Merci pour votre réactivité et votre investissement !

Vous trouverez ci-dessous les 8 critères issus de l'analyse de vos commentaires lors de la première ronde Delphi (5 critères initiaux + 3 nouveaux critères issus de vos commentaires libres) ainsi que les propositions initiales, et la synthèse de vos commentaires.

Pour cette ronde Delphi n°2, les consignes sont les mêmes, je me permets de vous les remettre en entête de questionnaire. J'insiste encore sur la nécessité d'écrire vos commentaires pour chacun des critères, c'est ce qui nous permet de reformuler les critères au plus près de votre ressenti.

Nous aimerions achever cette deuxième ronde Delphi pour le lundi 29 novembre. C'est pourquoi, nous vous demandons de nous retourner ce courriel complété pour cette date à l'adresse suivante : elisabethchipeaux@gmail.com. S'il persiste des incompréhensions sur la méthode ou le sujet, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail, soit par téléphone au [06.81.36.36.96](tel:06.81.36.36.96) (portable Elisabeth Chipeaux).

Avec tous nos remerciements et nos salutations amicales.

Elisabeth Chipeaux, Pierre Barraine, Marie Barais et le groupe de thèse CCCC.

8.6 Les consignes pour cette ronde Delphi : Formulaire avec proposition et scores

Voulez-vous exprimer pour chacune des propositions votre appréciation par une note : la note 9 signifie que vous êtes « totalement d'accord » et la note 1 que vous êtes « totalement en désaccord ». De plus, voudriez-vous, dans votre appréciation, prendre en compte aussi bien les aspects de contenu que les aspects textuels ? Après chaque proposition, nous avons laissé de la place pour un commentaire afin d'explicitier, si besoin, votre notation. Lorsque vous attribuerez une note inférieure à 7, nous espérons que vous prendrez le temps d'indiquer dans votre commentaire quels aspects de la proposition ne vous conviennent pas et pourquoi. Mais votre commentaire sera aussi le bienvenu quand vous attribuerez une note supérieure ou égale à 7.

Dans ce type de méthode, il est souhaitable que vous (les participants) ne communiquiez pas entre vous afin qu'il n'y ait pas de biais. Merci de respecter cet impératif.

NOM :

DATE :

Proposition 1 première ronde :

Le sentiment « ça colle, ça cloche » du médecin généraliste est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin concernant le pronostic des plaintes.

Synthèse des commentaires :

En général la formulation de ce critère a paru difficilement compréhensible. Ce qui a posé le plus de confusion semblait les termes « pronostic des plaintes » ou bon nombre de médecins auraient préféré « diagnostic ».

Nouvelle proposition du critère 1 pour ronde 2.

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le « ça colle, ça cloche » pour élaborer son diagnostic.

Note :

Commentaire :

Proposition 2 première ronde :

Le sentiment « ça colle, ça cloche » n'a pas grand chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostics.

Synthèse des commentaires :

La compréhension de ce deuxième critère a également paru difficile. Bon nombre de médecins ont souhaité préciser que la prise de décision en situation d'incertitude ne naissait qu'après formulation d'hypothèses diagnostiques.

Nouvelle proposition du critère 2 pour ronde 2 :

« Ca cloche » pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.

Note :

Commentaire :

Proposition 3 première ronde.

« Ca cloche » implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.

Synthèse des commentaires :

Critère largement accepté et peu commenté.

Nouvelle proposition du critère 3 pour ronde 2 :

« Ca cloche » implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs.

Note :

Commentaire :

Proposition 4 première ronde :

« Ca cloche » signifie qu'une ou autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.

Synthèse des commentaires :

La plupart des candidats ont exprimé le fait que, quand une situation ne leur paraissait pas claire, pas évidente, ils avaient souvent recours à des examens ou avis complémentaires. En revanche, cette attitude semble valable même pour des situations bénignes.

Nouvelle proposition du critère 4 pour ronde 2 :

« Ca cloche » signifie que le médecin doit débiter une prise en charge pour éviter des complications graves.

Note :

Commentaire :

Proposition 5 première ronde :

« Ca colle » implique que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic, même si les arguments objectifs manquent : tout concorde.

Synthèse des commentaires :

2 éléments majeurs sont ressortis d'un grand nombre de commentaires :

- le terme « diagnostic » est préféré à celui de « pronostic ».
- le doute doit rester de mise chez le médecin généraliste où la certitude n'a pas de place et pourrait se montrer préjudiciable au patient.

Nouvelle proposition du critère 5 pour ronde2 :

« Ca colle » signifie que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.

Note :

Commentaire :

Proposition 6 première ronde :

« Ca colle » signifie que le médecin généraliste se sent suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

Synthèse des commentaires :

Puisque ce critère a été fortement et largement approuvé, nous n'en proposons pas de nouvelle formulation . En effet, il est repris sous forme plus générale dans la nouvelle formulation du critère 5 deuxième ronde.

Proposition 7 première ronde :

Peut-être désirez vous formuler vous même une proposition concernant la définition du « Ca colle, ça cloche » ? Voulez-vous alors la rédiger ce dessous ?

Synthèse des commentaires :

A partir des nombreux commentaires faits, nous avons reformulé 3 nouveaux critères.

Critère 6 pour ronde 2 :

L'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude.

Note :

Commentaire :

Critère 7 pour ronde 2 :

Le sentiment « ça colle, ça cloche » dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient.

Note :

Commentaire :

Critère 8 pour ronde 2 :

Le « ça colle » peut correspondre à un sentiment de réassurance et le « ça cloche » à un sentiment d'alarme.

Note :

Commentaire :

8.7 Résultats ronde Delphi 2

8.7.1 2ème ronde Delphi. Critère 1

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le « ça colle, ça cloche » pour élaborer son diagnostic.

Note	Réponse
7	<i>Pour élaborer DES possibilités de diagnostic qu'il faudra dans un 2ème temps affiner.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Je note '7' car je suis en accord avec le sens littéral de l'intitulé: je 'peux' m'appuyer sur mon impression, sous-entendu: "mon impression (intuition ?) diagnostique (donc subjective) 'peut' aussi m'aider dans le choix d'une hypothèse diagnostique (en situation d'incertitude), même si je 'dois' étayer mon diagnostic sur des arguments cliniques et/ou para-cliniques les plus objectifs possible.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Même si ce n'est pas trop scientifique comme démarche.</i>
7	<i>On est loin de la démarche de pensée "hospitalière" mais dans notre pratique quotidienne pourquoi pas.</i>
3	<i>Je ne comprends toujours pas la phrase! On ne peut pas s'appuyer sur un sentiment pour élaborer un diagnostic! On peut par contre s'appuyer sur son sentiment pour se méfier d'un diagnostic grave ou rare dans tous les cas, il faudra des examens complémentaires si la situation est incertaine!</i>
8	<i>Toujours bien loin du patient traité en malade objet?</i>
3	<i>Toujours pas très compréhensible a mon avis. Je ne pense pas qu'on s'appuie sur ca colle ca cloche pour "élaborer" le diagnostic. On rejoint la 2° proposition qui est plus compréhensible.</i>
8	<i>Assez d'accord; l'incertitude incite à prendre davantage de précautions.</i>
4	<i>En situation de doute quant à un diagnostic que l'on cherche à étayer, le "ça colle, ça cloche" apparait bien trop approximatif, voire déplacé; même s'il est de nature à peut être se rassurer.</i>
9	<i>« En faisant la synthèse des différents éléments, il ressort un diagnostic le plus probable ou en tout cas l'absence de danger immédiat compte tenu de l'absence de signe de gravité autorisant une simple surveillance.</i>
5	<i>Ca colle ça cloche ne doit pas être LA solution en situation d'incertitude (en référence avec l'expérience du médecin, sa connaissance du patient de son histoire, etc....).</i>
7	<i>En situation d'incertitude diagnostic, le MG peut s'aide du "ça colle ça cloche " pour conforter son diagnostic.</i>
3	<i>Non pas pour élaborer son diagnostic mais pour creuser une piste et aller plus loin si "ça cloche" la notion "élaborer un diagnostic" me semble la dernière étape.</i>
4	<i>Non commenté.</i>
4	<i>Un peu plus clair mais pas encore très compréhensible.</i>
4	<i>Elaborer une conduite vers un diagnostic possible.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.7.2 2ème ronde Delphi. Critère 2

« *Ca cloche* » pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.

Note	Réponse
8	<i>Reformuler ou reprendre son examen clinique global.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Et à réexaminer le patient.</i>
8	<i>Toujours ce "ressenti" qui nous aide.</i>
8	<i>Oui effectivement cette formulation est meilleure : quand ""ça cloche"" on reprend l'histoire clinique, l'examen clinique et on revoit donc ses hypothèses diagnostiques.</i>
8	<i>Acceptable en l'état.</i>
8	<i>D'accord.</i>
8	<i>D'accord avec cette proposition.</i>
7	<i>Ca cloche" pousse le médecin généraliste à agir, pour étayer les cas de la pathologie et de son patient, jusqu'à remettre en cause ses hypothèses diagnostiques précédentes, s'il y a lieu.</i>
9	<i>Par le biais le plus souvent d'une reconvoication rapide pour suivre l'évolution ou en prescrivant des investigations complémentaires pour progresser vers le diagnostic.</i>
2	<i>Pas du tout d'accord. Il me semble que la démarche du médecin ne doit pas aboutir à reformuler ses hypothèses diagnostiques uniquement sur le "" ça cloche". Sa démarche doit pouvoir l'amener à un diagnostic ou tout du moins à une conduite à tenir sans tenir du critère "" ça cloche"" qui repose sur des éléments subjectifs.</i>
9	<i>Tout à fait d'accord.</i>
8	<i>Bien sur puisque "ça cloche".</i>
9	<i>Reconsidérer plutôt que reformuler.</i>
6	<i>Ou à opter pour la prudence et agir en conséquence même si les hypothèses diagnostiques sont déjà formulées : sans argument clinique objectif, on retient parfois la plus grave et on prend les mesures adaptées à cette suspicion (douleur abdominale chez une femme jeune, on ne la "sent pas" malgré contexte, constantes et palpation rassurants, on hospitalise et au final on avait une hémorragie de forte abondance sur rupture de kyste ovarien...).</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Si ça cloche complètement il faut reprendre le raisonnement au départ.</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.7.3 2ème ronde Delphi. Critère 3

«Ca cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs.

Note	Réponse
6	<i>Non pas de l'état de santé du patient mais de la pertinence de son analyse.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
8	<i>On se rapproche de la notion "d'art médical".</i>
9	<i>Ca s'appelle le sens clinique! ou l'expérience du médecin.</i>
8	<i>On peut discuter plus avant avec le patient.</i>
8	<i>Ok.</i>
2	<i>Je pense que "ça cloche" s'adresse plus à l'établissement du diagnostic "correct" qu'à l'état de santé du patient. Cela m'apparaît donc indépendant de l'état de santé du patient. En fait il y a plusieurs sens : pour le diagnostic ou pour la gravité de la maladie?</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Je dis souvent au patient que je n'ai pas suffisamment d'éléments pour le rassurer.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
2	<i>Oui c' est un sentiment , quelle que chose d'un peu irrationnel, ça cloche implique que le MG a le sentiment que le diagnostic préalablement posé n'est pas le bon, alors qu'il ne dispose pas d'argument objectifs. C'est un peu de l'ordre de l'instinct?</i>
	<i>C'est peut être la où intervient l'expérience?</i>
9	<i>Nécessité de mise en place d'une nouvelle démarche diagnostic: examens cliniques + complémentaires</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Bof bof, on se méfie toujours de l'état de santé du patient , rare sont les patients consultant pour rien du tout !!!!</i>
5	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>

8.7.4 2ème ronde Delphi. Critère 4

«Ca cloche» signifie que le médecin doit débiter une prise en charge pour éviter des complications graves.

Note	Réponse
7	<i>Je confirme que le critère "gravité » n'est pas adapté. Ca cloche donc je dois chercher autrement en m'aidant d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé il y a quelque chose que je ne comprends pas.</i>
8	<i>Examens complémentaires indispensables même si pathologie semblant relativement bénigne.</i>
5	<i>Je module ma réponse apportée durant la première ronde : Ronde 1: "Je cote à '2' car ce n'est pas parce que j'ai le sentiment qu'il y a quelque chose qui cloche que c'est forcément un problème d'évolution grave en l'absence d'attitude adaptée." Ronde 2: Je cote à '5' et détaille : - ce n'est pas parce que j'ai le sentiment qu'il y a quelque chose qui cloche que c'est forcément une pathologie d'évolution grave en l'absence d'attitude adaptée. Si je perçois qu'il y a ce risque alors j'entreprends un complément para-clinique dans ma démarche diagnostique - je ne l'entreprendrai pas forcément si je perçois plutôt un potentiel évolutif bénin au tableau présenté par le patient.</i>
7	<i>Pas obligatoirement GRAVES, les complications.</i>
8	<i>Avoir recours aux examens complémentaires.</i>
8	<i>La finalité est de soulager et si possible de guérir le patient. La prise en charge est nécessaire et indispensable.</i>
4	<i>Je préférerais la première version : en effet si ça cloche, on ne pense pas forcément à des complications graves mais on reste dans le flou diagnostic et thérapeutique, c'est pourquoi on a besoin d'étayer notre diagnostic. Le terme de ""prise en charge"" me ramène plus à un traitement (contrairement au terme d'intervention) alors que quelquefois, on ne traite pas mais on lance des examens complémentaires.</i>
9	<i>Avec l'accord du patient.</i>
6	<i>Pas forcément des complications graves mais être rassuré dans son diagnostic.</i>
8	<i>Ici encore je m'interroge sur le sens de "ça cloche".</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Une surveillance ou des investigations complémentaires. je ne comprends pas bien l'expression "débiter une prise en charge".</i>
2	<i>Même réflexion que pour la proposition 2 : la prise en charge doit être débiter pour éviter des complications graves avant d'arriver à la réflexion "" ça cloche"". La démarche du médecin doit naturellement l'amener à entamer une prise en charge avec des éléments objectifs (examen clinique, ATCD du patient,) sans avoir à tenir compte du ça cloche.</i>
7	<i>Ca cloche, signifie que le médecin doit lancer des investigations complémentaires pour ne pas ignorer une pathologie potentiellement grave.</i>
8	<i>Oui si prise en charge signifie recherche diagnostique ou thérapeutique.</i>
4	<i>Introduire la notion de situation bénigne.</i>
4	<i>Ca peut clocher sans être grave; de plus la prise en charge est débiter dès qu'on reçoit le patient, elle commence par interroger et examiner tout en réfléchissant...</i>
7	<i>Prise en charge qui peut être une simple surveillance.</i>
1	<i>Pas d'accord avec la terminologie, on ne peut parler de complications que quand un diagnostic précis est connu....</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.7.5 2ème ronde Delphi. Critères 5 et 6 fusionnés

«Ca colle» signifie que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.

Note	Réponse
7	<i>Pas sur de lui mais a des éléments concordants suffisants pour commencer la prise en charge en sachant revoir sa copie si cela n'évolue pas comme prévu.</i>
5	<i>Cependant nécessité d examens complémentaires rapidement pour ne pas porter préjudice au patient.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Là l'expérience est quand même grandement utile.</i>
7	<i>Toujours cette ""impression"" qui fait que l'on va dans un sens qui nous semble être le bon sans oublier toutefois de conserver une petite réserve nécessaire d'un "suivi" plus rapproché dans cette situation.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Ce que l'on fait tous les jours, sans s'entourer des examens systématiques faits à la louche dans les hôpitaux.</i>
7	<i>Je pense que le médecin a quand même une idée diagnostic pour que ca colle.</i>
4	<i>La poursuite de la prise en charge, nécessite un réévaluation régulière de la situation. pour ""affiner"" le diagnostic selon l'évolution.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Les éléments de sécurité sont réunis. Je m'astreins le plus souvent à donner des éléments de surveillance.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Ca colle signifie que le médecin se sent suffisamment sûr de son diagnostic pour poursuivre sa prise en charge , même sans critère objectif.</i>
2	<i>Une prise en charge ne peut avoir lieu sans certitude diagnostique cela pouvait être le cas au 19ème siècle mais pas au 21ème.</i>
4	<i>La certitude doit être étayée par des arguments objectifs. L'intuition oriente mais ne fonde pas le diagnostic.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Il faut bien continuer à suivre un cap dans un raisonnement diagnostic, mais le doute raisonnable est sain, et permet de se remettre en question si un nouveau repaire nous incite à changer de cap. Ceci dit on ne peut raisonner en doutant à chaque seconde sinon on tourne en rond.</i>
8	<i>Non commenté.</i>

8.7.6 2ème ronde Delphi. Critère 7

L'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude.

Note	Réponse
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Merci pour nous.</i>
9	<i>D'accord.</i>
7	<i>Assez d'accord. L'expérience apprend toujours à se méfier et à prendre des précautions.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>de vécu, de référence à des situations antérieures orientation de la démarche diagnostique.</i>
5	<i>Plus le temps passe, plus je gagne en expérience et plus j'ai tendance à me montrer prudent. Il ne s'agit pas d'un concours pour savoir qui a raison mais d'assurer un maximum la sécurité du patient. Mon expérience m'ayant apporté beaucoup d'exemples cas apparemment anodins qui se sont révélés plus graves que prévu. J'ai tendance à jouer la carte de la sécurité. Je garde en tête l'obligation de moyens. Je ne sais donc pas coter ce critère. Enfin, je tente toujours de m'appuyer sur des éléments indiscutables, reproductibles, explicables au patient. Mon expérience améliorera ce paramètre, car elle me permettra d'affiner la pertinence de ces éléments et de les expliquer au patient.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Globalement vrai mais l'expérience n'empêche pas forcément l'indécision. Si on est prudent, voire timoré; inversement, je ne sais plus qui a dit "L'expérience c'est répéter les mêmes erreurs avec de plus en plus d'assurance".</i>
8	<i>Oui, mais à condition que cette prise de décision ne soit pas dangereuse par la suite. Une situation d'incertitude ne devrait plus se voir et, en tous cas, déboucher sur une décision qui peut être lourde de conséquences pour le malade.</i>
9	<i>L'expérience clinique de 35 ans de médecine générale est irremplaçable.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>

8.7.7 2ème ronde Delphi. Critère 8

Le sentiment «ça colle, ça cloche» dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient.

Note	Réponse
9	<i>Tout à fait.</i>
8	<i>Patient hypochondriaque ou au contraire fréquentant peu les médecins.</i>
8	<i>Certainement. En fait, je pense que la qualité de la démarche diagnostique subjective - en situation d'incertitude - repose sur plusieurs fibres indispensables: - savoir théorique - expérience - ""perméabilité"" (au sens précisé au paragraphe précédent) - connaissance du patient.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
6	<i>Non commenté.</i>
6	<i>Arme à double tranchant à trop connaître un patient ; on en oublie parfois les "fondamentaux". Attention! ne pas classer trop vite.</i>
6	<i>Pas forcément. Il m'est arrivé de voir en remplacement des gens que je ne connaissais pas, et pourtant j'avais un grand sentiment de "ça cloche". Je dirais plutôt que ce n'est pas le sentiment (le sentiment reste le même qu'on connaisse le patient ou pas) qui dépend de la connaissance de son patient, mais plutôt les hypothèses diagnostiques, et la CAT qui va dépendre du patient. On n'agira pas pareil, devant les mêmes symptômes ou le même sentiment ""ça cloche"" si on connaît bien le patient ou pas (notamment si on sait qu'il est fiable, qu'il comprend etc... on viendra plus vite à hospitaliser un petit bébé si on ne connaît que très peu la mère et si on ne sait pas si elle pourra réagir correctement à domicile.</i>
9	<i>Et plus la connaissance est bonne moins il y aura d'examens inutiles.</i>
9	<i>D'accord aussi.</i>
2	<i>Pas d'accord; il faut se méfier de trop bien connaître son patient; il vaut mieux se fier aux données objectives; et analyser avec rigueur les signes cliniques.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
6	<i>D'une certaine manière, c'est à dire en apportant un maximum d'éléments sur l'état habituel de bonne santé du patient.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Il semble logique que la connaissance des antécédents personnels et familiaux du malade aide à la prise de décision.</i>
8	<i>Mise en valeur du binôme médecin -patient.</i>
6	<i>Bien connaître le patient facilite le "ça colle", et peut-être le ça cloche mais ça peut coller ou clocher lors d'une consultation pour un patient de passage.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Exact !! chaque patient exprime différemment ses symptômes, il faut connaître son langage , son ressenti pour savoir ce que vaut le symptôme décrit.</i>
7	<i>Vouai vouai , le terme alarme est un peu excessif, parlons de doute plutôt. L'expérience clinique de 35 ans de médecine générale est irremplaçable !!!</i>

8.7.8 2ème ronde Delphi. Critère 9

Le "ça colle" peut correspondre à un sentiment de réassurance et le "ça cloche" à un sentiment d'alarme.

Note	Réponse
8	<i>OUI mais pas pour se sentir rempli de certitudes.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
2	<p><i>Je reviens à la réponse faite à la proposition 4 de la première ronde:</i> <i>« Je cote à '2' car ce n'est pas parce que j'ai le sentiment qu'il y a quelque chose qui cloche que c'est forcément un problème d'évolution grave en l'absence d'attitude adaptée (le terme "alarme" de l'énoncé ayant une forte connotation de danger, de gravité imminente). "Oui, l'expérience, mais pas que : Je pense que ce qu'on appelle l'intuition joue également un rôle très important, si on considère que le mot 'intuition' est une traduction un peu succincte, AMHA, de la "perméabilité" du médecin aux innombrables informations émises par le patient et captées par la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher du médecin (je passe sur le goût, hein...) dont seule une petite partie est captée de manière consciente par le praticien.</i> <i>En gros, on peut avoir une grosse expérience et se planter en raison d'un manque de "perméabilité", cette dernière pouvant compenser, sans doute partiellement, un manque d'expérience).</i></p>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Même si la médecine n'est pas une science exacte.</i>
8	<i>D'accord, bien sur!</i>
8	<i>D'accord avec cette proposition.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<p><i>C'est ce que je peux expliquer au patient, ce qu'il peut comprendre. Si, malgré ma réassurance, il est toujours inquiet, la prise en charge est remise en question. Je n'ai pas fait mon travail si nous ne sommes pas en adéquation plus le temps passe, donc plus je gagne en expérience, plus j'ai tendance à me montrer prudent. Il ne s'agit pas d'un concours pour savoir qui a raison mais d'assurer au maximum la sécurité du patient. Mon expérience m'ayant apporté beaucoup d'exemples de cas apparemment anodins que se sont révélés plus graves que prévus, j'ai tendance à jouer la carte de la sécurité. Je garde en tête l'"obligation de moyens". Je ne sais donc pas comment coter ce critère. Enfin, je tente toujours de m'appuyer sur des éléments indiscutables, reproductibles, explicables au patient. Mon expérience améliorera ce paramètre car elle me permettra d'affiner la pertinence de ces éléments et de les expliquer au patient.</i></p>
7	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
2	<p><i>Oui mais encore une fois si le sentiment de réassurance ne s'appuie que sur "un sentiment "et non sur des certitudes cela peut être très dangereux, je veux dire par la que ce qui me gêne dans ces formulations, c'est qu'une décision médicale peut être prise sur des "impressions" et non sur des certitudes diagnostiques, ce qui veut dire que si ces "impressions" débouchent sur un sentiment d'alarme c'est une bonne chose mais pas l'inverse. Oui mais à condition que cette prise de décision ne soit pas dangereuse pour la suite, une situation d'incertitude ne devrait plus se voir, et en tout cas déboucher sur une décision qui peut être lourde de conséquence pour le malade.</i></p>
8	<i>Notion d'intuition mais sans support scientifique avéré: nécessité d'argumenter objectivement par examen clinique puis examens complémentaires. Notion de vécu, de référence à des situations antérieures avec orientation de la démarche diagnostique.</i>
9	<i>Bravo pour les modifications des critères qui sont beaucoup plus précis.</i>
7	<i>Vouai vouai, le terme alarme est un peu excessif, parlons de doute plutôt. L'expérience clinique de 35 ans de médecine générale est irremplaçable !!!</i>
7	<i>Non commenté.</i>
9	<i>No.n commenté</i>
8	<i>Sommes nous si angoissés face à nos décisions?</i>
9	<i>D'accord aussi.</i>
8	<i>Non commenté.</i>

8.8 Courrier 3 adressé aux médecins généralistes

Le 10/12/10,

Chers consoeurs, chers confrères,

Je tiens tout particulièrement à vous remercier pour votre rapidité et la qualité de votre investissement lors de cette deuxième ronde Delphi dans le cadre du travail de thèse sur la décision médicale en situation d'incertitude.

Cette deuxième ronde nous aura permis d'obtenir un consensus pour 6 critères sur 8. Les deux critères (1 et 4) rejetés, ont été reformulés en tenant compte de vos commentaires et vous sont donc soumis dans cette troisième ronde.

Pour cette troisième ronde, vous trouverez, comme précédemment, un rappel méthodologique, l'ancien critère avec un rapide résumé de vos commentaires et le nouveau critère à noter et +/- à commenter.

Nous aimerions achever cette ronde pour le [mercredi 15 décembre](#). Aussi, s'il persistait des difficultés, n'hésitez pas à me contacter par mail ou sur mon portable au 06 81 36 36 96 (portable Elisabeth Chipeaux)

Par avance, merci de votre collaboration et...bonne ronde !

Elisabeth Chipeaux, Pierre Barraine, Marie Barais et le groupe de thèse CCCC.

8.9 Les consignes pour cette ronde Delphi : formulaire avec proposition et scores

Voulez-vous exprimer pour chacune des propositions votre appréciation par une note : la note 9 signifie que vous êtes « totalement d'accord » et la note 1 que vous êtes « totalement en désaccord ». Voudriez-vous, dans votre appréciation prendre en compte aussi bien les aspects de contenu que les aspects textuels ? Après chaque proposition, nous avons laissé un espace pour un commentaire afin d'explicitier votre notation. Lorsque vous attribuerez une note inférieure à 7, nous espérons que vous prendrez le temps d'indiquer dans votre commentaire, quels aspects de la proposition ne vous conviennent pas et pourquoi. Mais votre commentaire sera aussi le bienvenu quand vous attribuerez une note supérieure ou égale à 7.

Nom :

Prénom :

Date :

Ronde 2. Critère 1 :

« En situation, d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le « ça colle, ça cloche » pour élaborer son diagnostic».

Synthèse des commentaires :

Ce critère reste ambigu dans sa compréhension. Les candidats expriment globalement le fait que le concept « ça colle, ça cloche », ne peut-être et ne doit pas être un outil pour l'élaboration du diagnostic. En effet, ce concept est de l'ordre du subjectif contrairement à l'élaboration d'un diagnostic, qui repose plus sur un raisonnement hypothético-déductif. En revanche, ce concept « ça colle, ça cloche » peut permettre de conforter voire d'élaborer une piste vers un diagnostic possible.

Nouvelle proposition du critère 1 pour ronde 3 :

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le «ça colle, ça cloche » pour orienter le raisonnement diagnostic.

Ronde 2. Critère 4 :

« « Ca cloche » signifie que le médecin généraliste doit débiter une prise-en-charge pour éviter des complications graves.»

Synthèse des commentaires :

Dans ce critère, deux termes ont été remis en cause : la notion de complications « graves » et le terme de « prise-en-charge » qui pouvait prêter à confusion.

En effet, dans certaines situations, même si on ne perçoit pas de critère de gravité, si le sentiment « ça cloche » intervient, alors on aura recours à d'autres formes d'intervention pour reconsidérer son diagnostic.

Nouvelle proposition :

« Ca cloche » pousse le médecin généraliste à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examens para-cliniques ou avis spécialisés).

8.10 Résultats ronde Delphi 3

8.10.1 3^{ème} ronde Delphi. Critère 1.

En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le CCCC pour orienter le raisonnement diagnostique.

Note	Réponse
7	<i>Plutôt d'accord dans le sens où, si ça colle, on va arrêter son raisonnement diagnostique, et si ça cloche, on va continuer à se poser des questions ; cela reste relativement vague et imprécis à mon sens.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Ok pour la définition du diagnostic.</i>
8	<i>Le terme d' 'orientation' du raisonnement diagnostique me convient tout-à-fait.</i>
9	<i>Tout-à-fait d'accord : ça colle pour cet énoncé !</i>
8	<i>D'accord avec cette proposition.</i>
8	<i>Ok, cette ambiance de raisonnement dans l'incertitude doit nous orienter ; il faut évidemment des signes objectifs connus et habituellement acceptés pour affirmer un diagnostic. Mais ce « pif » met bien souvent sur la bonne voie.</i>
8	<i>Assez d'accord avec cette notion d'orientation qui implique que la démarche diagnostique doit se poursuivre au-delà de cette orientation.</i>
8	<i>Oui, cette proposition me va bien.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Le raisonnement déductif a toujours une part de subjectivité du fait de l'histoire propre du patient.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
8	<i>D'accord avec cette formulation 'orienter'</i>
7	<i>Moyen toujours. Ca n'oriente pas le raisonnement ; ce concept dit plutôt de reconsidérer le diagnostic.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Ca colle, ça cloche peut conforter de façon subjective un raisonnement diagnostique. Notre sentiment diagnostique est en adéquation avec notre raisonnement.</i>
8	<i>Ca colle, ça cloche est de l'ordre de l'intuitif. Le diagnostic doit reposer sur des bases scientifiques.</i>
6	<i>Toujours pas convaincue... Justement, quand c'est l'incertitude, ça n'oriente pas vraiment de sentir que ça cloche ou que ça colle. Par contre le sentiment 'ça cloche ou ça colle' peut nous conforter dans l'idée d'aller plus loin dans le diagnostic et d'essayer d'en trouver un à tout prix (surtout quand ça cloche) mais ça rejoint l'item suivant.</i>

8.10.2 3ème ronde Delphi. Critère 4

Ca cloche pousse le médecin généraliste à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examen para-cliniques ou avis spécialisés).

Note	Réponse
7	<i>Plutôt d'accord même si la liste des interventions donnée entre les parenthèses n'est pas limitative, et si une des interventions peut être seulement de continuer à poursuivre l'étape clinique et le raisonnement diagnostique...</i>
7	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Intéressant de voir l'évolution des concepts</i>
8	<i>Oui, car cette formulation montre mieux l'obligation de poursuivre la recherche du diagnostic car «ça cloche».</i>
9	<i>Tout-à-fait d'accord : pour moi ça cloche correspond à un problème ressenti subjectivement ; il faut donc affirmer l'étude du cas.</i>
9	<i>Tout-à-fait d'accord.</i>
9	<i>Si rien n'aboutit dans la démarche diagnostique, il faut évidemment des éléments complémentaires et également réécouter les plaintes du patient, ; très souvent des éléments très importants pourtant exprimés, n'ont pas été entendus.</i>
8	<i>Nécessité d'accepter ses limites et d'avoir recours à un avis spécialisé assez rapidement pour éviter une évolution vers la gravité. Si 'ça cloche pas trop' on peut envisager la surveillance ou les examens complémentaires</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
5	<i>Pousse le médecin à modifier la prise en charge du patient.</i>
9	<i>D'accord.</i>
9	<i>Non commenté.</i>
7	<i>Il faut en effet étayer le raisonnement diagnostique si les faits et 'notre intuition' ne nous orientent pas vers une certitude</i>
8	<i>Tout à fait d'accord avec cette formulation.</i>
8	<i>Non commenté.</i>
8	<i>Ca me va beaucoup mieux !</i>

8.11 Liste des abréviations

EGPRN :	European General Practice Research Network.
CCCC :	«ça colle» et «ça cloche».
PNP :	Pluis Niet Pluis («Pluis» et «Niet Pluis» ont été traduits par CCCC).
Cogita ProDiaman :	The European Expert Group on Cognitive and Interactive Processes in Diagnosis and Management in General Practice.
MGT :	Médecin généraliste de terrain
MGE :	Médecin généraliste enseignant