

Quelle est la perception du “ gut feeling ” dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne ?

Anne-Sophie Thiry

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Thiry. Quelle est la perception du “ gut feeling ” dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01407880

HAL Id: dumas-01407880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01407880>

Submitted on 2 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse n° 127

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 novembre 2016

Par Anne-Sophie THIRY

Née le 29 avril 1987 à Metz (57)

**Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des
médecins généralistes exerçant dans le Lot-Et-Garonne ?**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH (Président)

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL (Rapporteur)

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Madame le Professeur Nicole RASCLE

Monsieur le Docteur Guillaume VALDENNAIRE

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à ceux qui m'ont aidée dans la rédaction de ce travail mais aussi à tous ceux qui m'ont accompagnée sur ce long parcours de vie qu'est l'apprentissage de la médecine.

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur des Universités

Coordonnateur du DES de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Votre dévouement pour le Département de Médecine Générale est un exemple.

Soyez assuré de mon profond respect.

À nos juges,

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Docteur en Médecine Générale

Maitre de Conférences

Vous me faites l'honneur de rapporter et de juger cette thèse.

Je vous remercie de vous être impliqué dans cette thèse dès son initiation en ayant apporté votre point de vue sur le guide d'entretien initial. La pertinence de vos remarques a été appréciable.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de service de Médecine Interne – Maladies Infectieuses du CHU Saint André de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour la pédagogie que vous transmettez aux internes de Médecine Générale au cours de leur passage dans votre service.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame la Professeure Nicole RASCLE

Vice-Présidente du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

Professeur en Psychologie de la Santé

Faculté de Psychologie, Bordeaux Research Centre for Population Health, INSERM

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour la pluridisciplinarité que vous apportez à cette soutenance.

Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Guillaume VALDENNAIRE

Docteur en Médecine Générale

DESC de Médecine d'Urgence

Praticien Hospitalier

Chef de Service d'Accueil des Urgences du CHU Pellegrin à Bordeaux

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse.

Je te remercie pour les six mois passés à tes côtés au sein de ton service. Tu as marqué mon parcours par ton humanité, ta pédagogie, ton écoute, ton humilité et ton dynamisme débordant.

Sois assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Docteur en Médecine Générale

Maître de Conférences

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de la confiance que tu m'as témoignée. Je te suis reconnaissante d'avoir su m'apporter dévouement, conseils avisés et soutien tout au long de ce dur labeur. Merci de représenter aussi bien cette discipline qu'est la Médecine Générale par ta pédagogie, ta rigueur et ton implication auprès de tes patients et au sein du Département de Médecine Générale.

Sois assuré de mon profond respect.

À ceux qui ont accompagné mon parcours médical,

À mes Maîtres de stage, pour leur bienveillance et leur belle pratique de la Médecine. Ce fut une riche et belle expérience que de partager la Médecine Générale à vos côtés.

Aux participants des focus groups, pour avoir amené votre bonne humeur à ces entretiens. Sans vous, rien n'aurait été possible.

À celles et ceux qui m'ont aidée dans mes recherches bibliographiques, notamment au Docteur Albert Trinh-Duc pour s'être obstiné à m'apprendre les méandres de *zotero* malgré mon aversion de l'informatique, pour sa passion de l'enseignement de la Médecine Générale, pour son dévouement auprès des internes et pour son travail de relecture appliquée de ma thèse, à Magali Dunas pour son aide précieuse en tant que bibliothécaire du CH d'Agen.

À Jonathan, pour son aide sur cette thèse. Merci pour ton efficacité dans le double codage, pour ton sens critique sur nos comparaisons de données, pour ta rapidité. À ton tour désormais !

À Marco, pour ton génie sans équivoque et ta pédagogie. Je ne me lasserai pas de t'écouter m'enseigner la médecine.

Aux équipes médicales que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus, notamment celle des urgences de Pellegrin qui a su me faire apprécier par sa bonne humeur ce stage difficile, celles des Centres Hospitaliers d'Agen et de Bayonne et tant d'autres.

Aux équipes paramédicales de chaque semestre, merci de m'avoir épaulée dans toutes les difficultés associées à l'internat mais également pour tous ces moments de détente et de convivialité à vos côtés. Pensée particulière à Amandine de l'UNV, notre maman, Edwige, Popo, Quittrie et Johanna pour nos fous rires.

Aux LCL Hauret, CNE Caid et Donnet, pour avoir montré tant d'intérêt à mon sujet, pour votre ouverture d'esprit et la bibliographie que vous avez pu me fournir.

À mes amis,

Aux vieux copains de lycée : Polo, Kiff, Gasio, la Fouine, Paul, Simon.

Aux belles rencontres de l'externat :

Mourad, merci pour ta sagesse lors de nos interminables discussions sur la vie.

Ingrid, à nos fous rires en stage d'externat, moments précieux, nos martinis blancs de décompensation!

Camille, pour ta gentillesse, ta douceur. Ta présence me manque.

Hélène, pour ce long parcours d'études médicales que nous avons partagé ensemble, ton humour et ton dynamisme. Pour la merveilleuse Maman que tu vas être.

Juliette, j'ai tellement de chance de t'avoir comme amie, parce que comme tout le monde le sait, tu es tout simplement parfaite.

À la team de Nancy et votre humour bien gras qui me fait toujours autant rire : Big Roos, Rabbit, Pépé, the Mountain, Bic, Combez ...

À ces riches rencontres de l'internat :

Annabelle, à nos moments de bonheur en toute simplicité.

Roquette et ses multiples facettes, son énergie débordante, tu m'étonneras toujours !

Nico et Flo les inséparables, Anne-Laure, Margaux, Pierre, Clément, Manu, Raph et Charlotte, à tous nos bons souvenirs ensemble.

Cyril, le chef le plus cool du monde.

À mes nombreux colocataires de l'internat avec qui j'ai eu la chance de partager des vrais instants de joie : Émilie pour nos instants « remise en forme » et nos papotages accompagnés évidemment d'une tisane, Mathi pour ta bonne humeur permanente et tes bons petits plats qui me manquent, Christelle pour tes histoires loufoques hautes en authenticité, Laura, Adeline, Élisabeth et cette grande coloc de Bergerac.

À Laura, on dit que la première coïterne a une place à part, je le confirme ! Merci pour tes conseils toujours avisés et pour ce merveilleux voyage de fin d'internat, la boucle est bouclée !

À ma "famille bordelaise" d'expat' nancéiens : Élixa, Adeline et Thomas. Pour tous ces moments mémorables, nos premiers pas dans notre nouvelle vie de Sudistes. Que cette amitié dure longtemps !

À Simon, pour avoir eu la bonne intuition pour moi et pour la belle personne que tu es.

À mes amies de longues dates, si chères :

Léa, ma plus vieille amie, que de choses vécues ensemble ! À ton sens de l'humour, nos fous rires et tes mémorables maladresses.

Anne-So, parce qu'on se ressemble tellement. À nos longues sessions de bavardages, comme si rien ne changeait jamais.

Amande, pour ta joie de vivre, ton dynamisme, et nos week-ends parisiens entre filles !

Aux nouvelles rencontres du Pays Basque, notamment au groupe des grimpeurs, toujours motivés pour organiser des week-ends sportifs !

À ma famille,

À Mamie Céleste, qui a toujours été tellement fière de mon parcours. Merci d'avoir été à mes côtés.

À Mamie Thérèse et Papi Pierre, pour tous ces merveilleux souvenirs d'une enfance paisible.

À mes parents, parce qu'ils m'ont simplement tout donné. Merci d'avoir plus cru en moi que je ne croyais en moi-même. Vous êtes formidables et je vous aime.

À mon frère, Damien, l'inconditionnel rêveur, un grand merci pour avoir sauvé mes données de thèse après de nombreux bugs informatiques. Ton chemin est tracé, fonce !

À Tatie Momo et Armando, pour vos visites dans mes différents lieux d'internat qui m'ont fait chaud au cœur !

ABRÉVIATIONS

AS : Aide Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

EBM : Evidence Based Medicine

F : Féminin

GP : General Practitioner

M : Masculin

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
CONTEXTE	13
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	16
MATÉRIELS ET MÉTHODES	17
RÉSULTATS	19
I. Échantillon obtenu	19
A. Récapitulatif des caractéristiques des participants du focus group numéro 1	20
B. Récapitulatif des caractéristiques des participants du focus group numéro 2	21
II. Analyse	22
A. Définition difficile de l'intuition	22
1. L'intuition existe, tous les participants sont d'accord pour l'affirmer	22
2. Définir l'intuition a été source de réelle réflexion pour l'ensemble des participants	23
3. Comment l'intuition peut-elle se manifester à nous ?	24
4. Différents aspects de l'intuition	24
5. L'intuition existe en médecine générale mais également dans d'autres domaines	25
6. Lien très étroit entre intuition et expérience	27
7. Lien entre intuition et connaissances médicales	29
8. Lien entre intuition et a priori	29
9. L'intuition peut survenir de façon immédiate	30
10. L'intuition pourrait résulter de l'accumulation d'informations inconscientes	30
11. L'intuition comme élément supplémentaire	34
12. Rôle de l'intuition dans les diagnostics complexes	34
13. Rôle de l'intuition dans l'incertitude	35
14. Au final, la définition de l'intuition reste complexe	35
B. Apport positif de l'intuition	36
1. L'intuition garde le médecin en éveil	36
2. L'intuition permet au médecin d'être plus rapide	36
3. L'intuition comme valeur positive ajoutée	36
4. Le sens d'alarme	37
5. Le sens de réassurance	45
C. Une certaine méfiance envers l'intuition	47
1. Aspects négatifs de l'intuition	47
2. Les fausses intuitions peuvent entraîner des erreurs	50
DISCUSSION	53
I. Méthodologie	53
A. Le choix de la méthode qualitative	53
B. La sélection de notre échantillon	53
C. Les focus groups	54
D. Le codage	55
II. Analyse	56
A. Définition difficile du « gut feeling »	56
B. Apport positif du gut feeling	69
C. Une certaine méfiance envers le gut feeling	72
CONCLUSION	74

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	76
<u>ANNEXES</u>	76
Annexe 1	79
<u>Fiche de présentation des participants au focus group</u>	79
Annexe 2	80
<u>Guide d'entretien</u>	80
Annexe 3	82
<u>Anecdotes des participants concernant l'intuition</u>	82

INTRODUCTION

L'incertitude diagnostique fait partie intégrante de la médecine générale. Les connaissances théoriques avec l'EBM, l'expérience, le développement professionnel continu limitent le risque d'erreur diagnostique du clinicien dans sa pratique quotidienne. Néanmoins, de nombreux travaux ont mis en évidence que d'autres facteurs non analytiques pouvaient intervenir dans la prise de décision clinique. En effet, le Docteur Erik Stolper et ses confrères chercheurs néerlandais ont décrit un sentiment intuitif, une sensation viscérale qui s'impose parfois à nous en consultation sous le terme de « gut feeling » comme jouant un rôle prépondérant dans la prise de décision. Ils ont alors rapidement distingué deux types de « gut feeling » : le sens d'alarme et le sens de réassurance. (1)

J'y ai été personnellement confrontée lors de mon stage d'internat chez le praticien généraliste, où nous avons tous deux été traversés par une sensation étrange que « quelque chose clochait » chez notre patient sans réussir à la définir exactement. C'est de là que nous avons échangé sur cette intuition si particulière, peu évoquée dans le parcours universitaire et que mon Maître de stage a qualifié sous le terme de « gut feeling » en me fournissant de la bibliographie sur ce sujet. Immédiatement intriguée, c'est avec grand intérêt que j'ai voulu me pencher de façon plus approfondie sur ce sujet et c'est ainsi que mon maître de stage est devenu mon directeur de thèse, conjointement motivés par ce sujet.

Même si certains ignoraient cette appellation de « gut feeling », on peut penser que les médecins généralistes ont au moins une fois dans leur carrière éprouvé ce sentiment. De ce constat, nous nous sommes demandé de quelle façon le « gut feeling » pouvait émerger pendant les consultations de médecine générale. Peu d'études ont été jusqu'alors réalisées. Nous avons donc choisi d'apprécier la perception de médecins généralistes Lot-et-Garonnais sur le « gut feeling » dans leurs prises de décision.

Nous souhaitons par cette étude explorer la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-Et-Garonne.

CONTEXTE

La décision est définie comme « l'action de décider (c'est-à-dire opter pour une conclusion définitive qui tranche) quelque chose ou de se décider, après délibération individuelle ou collective » (2). La prise d'une décision en médecine générale est complexe. Le médecin se retrouve fréquemment confronté à une situation d'incertitude et malgré tout une décision doit être prise pour son patient, parfois même de façon rapide. Elle repose sur différents facteurs :

- Certains que nous appellerons **analytiques**, basés sur des preuves, de processus cognitif lent, explicite, contrôlé, rationnel, demandant des efforts (3) : il s'agit principalement de l'Evidence-Based Medicine (EBM), défini par le Docteur Sackett en 1996, comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ».
- D'autres dits **non analytiques** qui font appel à un système plus automatique, implicite, intuitif, rapide et sans effort, basé sur les automatismes de pensée. (3) Cela est en relation avec différents phénomènes : l'expérience (organisation des informations en modèles mentaux, « *pattern recognition* » précédemment acquis), les émotions, le vécu, la connaissance du patient, l'environnement, le contexte, la personnalité du médecin.
- Nous allons également voir que d'autres phénomènes comme l'**intuition** peuvent rentrer dans la procédure de prise de décision.

William Osler (1849-1919), médecin canadien, a défini la médecine comme « un heureux mélange de l'art de l'incertitude et de la science des probabilités ».

Il a été établi que ces deux processus analytiques et non analytiques interagissent entre eux dans le raisonnement diagnostique.

Le « **gut feeling** », défini littéralement comme une « sensation tripale, viscérale », est relaté comme étant une sorte d'intuition spécifique qui s'impose à nous en consultation, pouvant être accompagnée de sensations corporelles. Il a été défini deux sortes de « gut feeling » :

- Le **sens d'alarme** perçu comme un malaise par le médecin qui a l'impression que « quelque chose cloche » avec son patient alors qu'il n'y a aucun élément objectif pour étayer cette sensation. Il perçoit intuitivement qu'une intervention est nécessaire pour son patient afin de prévenir la survenue de graves problèmes de santé : « Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond » ;
- Le **sens de réassurance** pour lequel le médecin généraliste est sûr de lui concernant le pronostic et la prise en charge thérapeutique sans avoir de diagnostic bien établi « tout colle ». Il en émane une sensation de sécurité.

Ces définitions sont issues des nombreux travaux de recherche d'Erik Stolper, médecin généraliste néerlandais et de son équipe dès 2004. (1) (4)

Aux Pays Bas et en Belgique, l'expression « *pluis niet-pluis* » littéralement en français « ça colle, ça cloche » est fréquemment utilisée et agit comme une boussole dans le processus diagnostique.

Il s'agit d'un concept transculturel, désormais bien défini en France. (5)

Il apparaît que le « gut feeling » est un support pour le raisonnement diagnostique en médecine générale. Dans l'incertitude diagnostique, qui est le quotidien du médecin généraliste, il peut contribuer à la prise de décision en jouant le rôle de compas dans des situations complexes et incertaines. (6)

L'incertitude se manifeste notamment en pédiatrie puisque les cliniciens de soins primaires voient souvent les enfants au début de leur pathologie quand les symptômes caractéristiques ne sont pas encore développés. Dans ces situations, les cliniciens se rapportent à leurs "gut feeling of something serious" sans être capable de l'expliquer. (7)

On considèrera donc que le « gut feeling » est une forme spécifique du raisonnement non analytique. Il joue un rôle substantiel dans le raisonnement diagnostique des médecins généralistes et peut activer le raisonnement analytique. Dans la routine comme dans les cas complexes, le « gut feeling » peut émerger automatiquement durant une interaction avec le patient et peut guider la procédure diagnostique. (3)

On peut alors dire que « l'intuition peut être définie comme le résultat d'une connaissance hautement personnalisée, de processus non analytiques qui peuvent aider les médecins dans la complexité des problèmes auxquels ils font face. » (8)

De plus, il a été montré que le sens d'alarme est un outil diagnostique pouvant être pris au sérieux par les tribunaux disciplinaires. Le « gut feeling » a donc été reconnu dans la pratique quotidienne des médecins généralistes néerlandais comme un outil opposable en cas de complication judiciaire. (9)

Ce concept a été largement étudié et défini aux Pays Bas. Il se développe progressivement en France bien que cette notion soit encore méconnue de beaucoup. Nous avons voulu, par cette thèse, nous pencher sur une population de médecins généralistes Lot-et-Garonnais et connaître leurs perceptions du « gut feeling ».

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Notre question principale de recherche était donc la suivante : Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision de médecins généralistes exerçant dans le Lot-Et-Garonne ?

L'objectif principal était donc d'explorer, à l'aide des focus groups avec des échanges d'anecdotes, les perceptions des médecins généralistes Lot-et-Garonnais sur le « gut feeling » dans leurs prises de décision médicale.

Nous avons défini initialement certains objectifs secondaires. Par ces focus groups, nous avons cherché à savoir quelle était la place attribuée au « gut feeling » dans la pratique de médecins généralistes Lot-et-Garonnais, s'ils considéraient ce sentiment comme un apport positif ou comme un frein. Plus largement, nous avons tenté de nourrir la réflexion sur la théorisation de la prise de décision en médecine générale en y incluant la perception du « gut feeling » par les médecins généralistes du Lot-et-Garonne.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons retenu la méthode qualitative comme étant la plus adaptée à ce travail de recherche. Pour cela, nous avons réalisé des focus groups à partir d'un échantillonnage raisonné de médecins généralistes Lot-et-Garonnais. Les focus groups sont des discussions de groupe ouvertes organisées dans le but de cerner un sujet de recherche. Pour ce faire, nous avons sollicité des médecins généralistes installés dans une zone géographique aux alentours de la ville d'Agen. Ils ont été recrutés de proche en proche selon la technique « boule de neige ».

Les médecins devaient remplir une fiche de renseignements au début des entretiens sur laquelle était spécifiée le sexe, l'âge, le type d'exercice (temps plein/temps partiel, remplacements), le lieu d'exercice (rural/semi-rural/urbain), leur expérience (durée d'exercice), leur implication dans le domaine universitaire. Cette fiche a ensuite été anonymisée. Elle est disponible en annexe (annexe 1).

Ces focus groups se déroulaient sur un mode semi-directif, à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 2) élaboré en référence aux données bibliographiques et préalablement testé auprès de deux médecins généralistes, maîtres de conférences, installés en périphérie bordelaise. Ces séances ont eu lieu au sein de la salle de réunion du service des urgences du Centre Hospitalier d'Agen (47).

Ces séances étaient présidées par un modérateur. Le sujet de recherche était vaguement introduit comme une discussion sur l'intuition en médecine générale. Les différents échanges étaient enregistrés sur dictaphone puis retranscrits en totalité et de la manière la plus rigoureuse possible pour constituer des verbatims. Les aspects non verbaux observés ont également été posés sur papier. La retransmission ne figure pas en annexe mais pourra être fournie aux membres du jury à sa demande.

Le codage des données a été le moyen de faire face à la richesse des données qualitatives et de conduire à une analyse systématique des données. Il a été aidé par l'utilisation du logiciel Nvivo Version n°11. Les verbatims pouvaient être un mot clé, une phrase, une expression, un sentiment... Chaque verbatim était codé en fonction de son occurrence. Nous avons effectué un double codage par deux personnes différentes pour les deux focus groups. Le deuxième codage était effectué en parallèle par un médecin généraliste remplaçant. L'analyse portait aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle était centrée sur la problématique posée.

Les codeurs ont mis en commun leurs « verbatims-codes » afin de créer un premier livre de codes, complété au fur et à mesure de l'avancée du travail. Ce livre de codes a permis de classer les données en plusieurs thèmes. Nous avons inclus des médecins généralistes dans les focus groups avec pour objectif d'atteindre la saturation.

Notre analyse est basée sur la « grounded theory » ou « théorie ancrée ». Il s'agit d'une méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967 qui a pour but de construire la théorie à partir des données recueillies. Notre théorie s'est donc construite à partir de données empiriques issues du terrain.

RÉSULTATS

I. Échantillon obtenu

Nous avons sélectionné deux groupes de médecins pour la réalisation des focus groups.

Le premier groupe comprenait 7 médecins, le deuxième groupe en comprenait 6.

Nous avons été confrontés à 2 refus, tous dans le second focus group (2 refus sur 15 médecins soit 13.3%).

La durée moyenne des deux focus groups était de 64,5 minutes (1h17 pour le premier focus group et 52 minutes pour le second).

Ils ont respectivement eu lieu le 11 décembre 2014 et le 18 mars 2015.

Les retranscriptions des focus groups ne sont pas intégrées dans la thèse mais peuvent être fournies sur simple demande.

Le questionnaire distribué aux participants nous a permis de remplir les tableaux ci-dessous sur les caractéristiques des différents participants.

A. Récapitulatif des caractéristiques des participants du focus group numéro 1

M= Masculin

F= Féminin

	Âge (en années)	Sexe	Expérience (durée d'exercice en années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Maître de stage des universités	Capable de définir le gut-feeling ?
Participant 1	52	M	19	Semi-rural	Temps plein	Oui	Oui
Participant 2	44	M	16	Rural	Temps plein	Oui	Oui
Participant 3	35	F	6	Urbain	Temps partiel	Non	Non
Participant 4	54	F	27	Semi-rural	Temps plein	Oui	Non
Participant 5	50	M	20	Urbain	Temps plein	Non	Oui
Participant 6	30	M	1	Rural	Remplaçant	Non	Non
Participant 7	60	M	31	Urbain	Temps plein	Non	Non

B. Récapitulatif des caractéristiques des participants du focus group numéro 2

	Âge (en années)	Sexe	Expérience (durée d'exercice en années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Maître de stage des universités	Capable de définir le gut-feeling ?
Participant 8	65	M	>30	Urbain	Temps partiel	Non	Non
Participant 9	39	M	10	Rural	Temps plein	Oui	Oui
Participant 10	31	F	2,5	Rural	Remplaçante	Non	Non
Participant 11	31	F	3	Semi-rural	Remplaçante	Non	Non
Participant 12	62	M	35	Urbain	Temps plein	Oui	Non
Participant 13	48	F	17	Urbain	Temps partiel	Oui	Non

Certains interviewés ont proposé sur la feuille de présentation une définition du gut feeling que nous vous avons retranscrite ici :

- Le participant 1 a défini le gut feeling comme « une intuition, qu'elle soit bonne ou non pour le patient ».
- Le participant 2 a défini le gut feeling comme « intuitivité ».
- Le participant 5 a défini le gut feeling comme « une perception intuitive très forte que peut ressentir un médecin dans le cadre de son exercice et indéfinissable pour le raisonnement médical ».
- Le participant 9 a défini le gut feeling comme « un sentiment ou une impression de gravité ou non que vous renvoie le patient par rapport à un symptôme ou une maladie ».

II. Analyse

L'analyse a été réalisée en séparant les verbatims de chaque participant. L'analyse des verbatims des derniers participants n'a pas apporté d'idée nouvelle.

Afin de savoir si les participants utilisaient le gut feeling et de connaître leurs perceptions sur ce sentiment, nous n'avons initialement pas donné de définition précise du gut feeling, préférant employer le terme d'« intuition ». Le guide d'entretien a été réalisé de telle façon qu'au cours des séances, nous avons pu centrer les discussions sur le gut feeling.

Nous avons mis en évidence trois grandes thématiques et des anecdotes, retranscrites en annexe (annexe 3).

A. Définition difficile de l'intuition

De grandes idées émergent au sein des deux focus groups de médecins :

1. L'intuition existe, tous les participants sont d'accord pour l'affirmer

- o Le participant 7 rebondit rapidement sur l'intuition : « Moi j'ai toujours eu de l'intuition »
- o Le participant 1 pense avoir déjà eu de l'intuition : « J'ai eu l'intuition, je crois que c'était l'intuition ». Il nous apporte notamment au fil du focus group des anecdotes faisant lien avec l'intuition, que nous détaillerons plus tard.

2. Définir l'intuition a été source de réelle réflexion pour l'ensemble des participants

Il en ressort que l'intuition est un terme flou, peu utilisée. Elle peut apparaître d'emblée ou progressivement au fur et à mesure de la consultation, dans l'aigu comme dans le chronique d'une situation. Sa subjectivité a été acceptée de tous.

- o Le participant 7, perplexe pour définir l'intuition, nous interroge : « Quand vous avez choisi ce thème-là de l'intuition, vous avez été regarder dans le petit Robert ? » (...) « Est-ce que ça a un sens en français précis ? »
- o Pour le participant 4, l'intuition « ça nous semble pas clair du tout »
- o Le participant 6 trouve que l'intuition : « C'est quelque chose d'assez rare ». Selon lui, « tu peux pas l'expliquer » et « c'est difficile à prouver »
- o Selon le participant 7, l'intuition « c'est pas simple »
- o Pour le participant 8 : « C'est plus quelque chose comme on l'imagine au départ, de spontané »
- o Le participant 2 nous parle d'intuition survenant initialement : « Tu as l'intuition de l'entrée quand le patient rentre dans le cabinet (...) l'intuition, alors j'ai l'impression que quand le patient rentre dans le cabinet, je sais pratiquement ce qu'il a » puis après réflexion : « Elle peut être première ou elle peut être seconde »
- o Pour le participant 1, l'intuition est également initiale : « Mon intuition, c'est plutôt au départ » (...) « Moi je voyais l'intuition comme quelque chose d'immédiat » (...) « l'intuition, tu vois quelqu'un rentrer, instinctivement tu te dis celui-là c'est pas bien ou c'est bien »
- o L'intuition survient aussi bien dans l'aigu que dans le chronique selon le participant 7 : « Moi l'intuition je la vois à toutes les étapes », « c'est vraiment, hein c'est pas forcément que le cas aigu »

- o Après discussion entre participants, le médecin 12 fait le point : « On en revient toujours à la définition » ce qui montre bien que la complexité de l'intuition réside principalement dans sa définition.

3. Comment l'intuition peut-elle se manifester à nous ?

La manifestation la plus reconnue de l'intuition par les participants est celle d'une sorte de petite musique tournant en boucle dans la tête du médecin. Personne n'a reconnu comme manifestation de l'intuition la sensation corporelle.

- o Participant 13 relate : « Moi c'est plutôt la petite musique qui me dit « *tu devrais appeler le 15, tu devrais appeler le 15, tu devrais appeler le 15* » (...) C'est pas dans les tripes, mais plutôt, ça tourne quoi ! »
- o Participant 10 confirme la version du participant 13 : « C'est plutôt que ça tourne dans la tête »
- o Participant 9 est d'accord avec les autres pour ne pas voir de manifestation corporelle à l'intuition : « En tout cas pas de sensation corporelle »

4. Différents aspects de l'intuition

L'intuition peut être différente d'un médecin à un autre, d'une personne à une autre. Certains participants ont mis en évidence que les médecins qui avaient peu confiance en eux développaient moins leur intuition que les autres. Elle varie également selon le moment avec une intuition qui serait différente lors des gardes et en fin de journée. Elle est également fonction de l'état du médecin (fatigue, stress, soucis personnels...).

- o Le participant 4 confirme : « Elle peut intervenir à différents moments »
- o Le participant 9 met également en évidence le fait que l'intuition concernant un patient puisse être variable selon les moments : « Et pourtant ce soir-là, je le sens pas et peut être un autre soir je l'aurais senti »

- o Le participant 8 relate plusieurs phénomènes intercurrents à la pose d'un diagnostic : « Si on n'est pas attentif pour une raison ou une autre, fatigué, en fin de journée, surbooké, si ça vient en fin de consultations, voilà ça peut être, on peut très facilement s'embarquer, passer à côté »
- o Il nous semble évident que la vision de l'intuition est très personnelle à chacun comme nous l'affirme le participant 9 : « C'est propre à chaque praticien » et « on voit pas les choses de la même façon, à expérience équivalente »
- o Le participant 6 pense avoir trouvé un lien entre le fait d'être incertain et intuitif : « D'un côté je me disais, l'intuition c'est l'incertitude d'un médecin pas trop sûr de lui ».

5. L'intuition existe en médecine générale mais également dans d'autres domaines

L'intuition serait également présente dans d'autres domaines, médicaux ou non. Les médecins sont quasiment tous d'accord pour dire qu'on la retrouve particulièrement en médecine interne. D'autres domaines sont mis en avant : en chirurgie digestive avec l'intuition de devoir opérer ou de pouvoir temporiser, en psychiatrie et même en architecture.

Les cas concrets des participants quant à eux, reflètent souvent l'utilisation de l'intuition dans un contexte d'urgence, au moment de gardes, avec un exemple plus fréquemment cité : celui de la douleur thoracique. La pédiatrie a également été mentionnée dans les anecdotes de consultation des participants comme étant particulièrement associée à l'intuition.

- o Pour le participant 8, l'intuition « concerne toutes les activités médicales »
- o Le participant 13 est également du même avis : « Moi je pense que ça traverse à peu près (...) toutes les spécialités »
- o Le participant 7 pense que l'intuition « peut se retrouver aussi pour d'autres spécialités cliniques » et cite principalement « la médecine interne ! Nos maîtres médecins généralistes ! »

- o Le participant 4 ajoute le fait que les patients consultent leur médecin généraliste avant d'accéder au spécialiste ce qui peut avoir un effet d'addition d'intuition : « Et puis je veux dire, ils sont passés par notre filtre donc si nous effectivement on a eu un doute on leur a envoyé, voilà c'est que ça commence à accumuler de l'intuition »
- o Le participant 7 ajoute que l'intuition existe « en chirurgie, en chirurgie digestive » et « l'intuition du bon moment d'intervention, c'est pas évident (...) il y a une part d'intuition pour le chirurgien de trouver le moment, c'est pas simple, il y a des tas de chirurgiens qui sentent mieux ça que d'autres, ça me paraît évident. »
- o Le participant 9 mentionne cette intuition qui peut survenir en pédiatrie : « Je sais pas, peut-être une maman avec un enfant, qui, j'ai l'impression m'envoie un message, *envoie-moi aux urgences*, enfin j'en sais rien, c'est comme ça »
- o Le participant 5 cantonne initialement l'intuition à la médecine générale « ça me paraît propre à la médecine générale » puis ensuite élargit son champ à la psychiatrie : « alors, moi je vois un domaine de la médecine où on peut être plus porté à utiliser l'intuition, (...) c'est la psychiatrie »
- o Le participant 12 étend même l'intuition à un plus vaste champ que le médical pur : « Et c'est vrai dans tous les métiers, je pense même en dehors de la médecine » (...) « Un architecte du premier coup d'œil avec son intuition va savoir si ça va se casser la figure ou pas »

Néanmoins, certains participants considèrent l'intuition plus comme spécifique à la médecine générale.

- o Ainsi, le participant 1 ne « l'imagine pas chez les spécialistes »
- o Et le participant 5 a une vision différente des autres médecins : « la part intuitive chez les internistes, je trouve pas qu'elle soit importante, je trouve au contraire qu'il y a un côté très systématique et très scientifique »

6. Lien très étroit entre intuition et expérience

Il a été particulièrement délicat pour les médecins de différencier intuition et expérience, les deux paraissant être étroitement intriqués. Il en émerge que l'expérience du médecin de situations antérieures modifie son intuition pour les prises en charge à venir.

- o Pour le participant 8, l'intuition « c'est un mille-feuille de l'expérience qui s'acquiert au fur et à mesure de ce qu'on pratique »
- o Le participant 1 met en lien direct intuition et expérience : « Plus tu as d'expérience et plus tu es intuitif »
- o Le participant 9 raconte : « C'est cette expérience-là qui a modifié mon intuition sur les autres »
- o Le participant 12 ajoute : « Je sais pas si c'est de l'intuition mais c'est peut-être au fur et à mesure d'avoir vu des situations cliniques diverses et variées »
- o Le participant 10 pense que ce que l'on prend pour l'intuition serait plutôt de l'expérience : « Je pense qu'il y a beaucoup dans l'intuition qui, du subconscient qu'on perçoit pas et qui reflète un peu ce qu'on a eu comme expérience, je pense que ça transparait » et « ce qu'on a l'impression que c'est notre intuition, de manière inconsciente, c'est toutes nos expériences »
- o Le participant 11 est d'accord avec le participant 10 : « Je pense aussi que c'est plutôt notre expérience qui fait que d'un coup on va penser à quelque chose, sans vraiment en avoir conscience, parce qu'on se rappelle »
- o Le participant 12 pense que le sens d'alarme et le sens de réassurance est le fait de l'expérience : « Cette expérience qui fait qu'on voit tout de suite si ça colle ou ça cloche ». Selon lui, « au fur et à mesure des 32 ans d'exercice que j'ai vu des patients, maintenant il y a des choses qui m'interpellent tout de suite et je dis *oup*, là, dès qu'il rentre, je peux pas le laisser passer, il y a quelque chose qui se passe. »

- o Pour le participant 1, l'intuition est initiale et l'expérience vient ensuite avec l'examen clinique : « Une fois que la conversation est engagée, une fois que l'examen est engagé pour moi c'est plus de l'intuition après, c'est plus l'expérience » et « pour moi l'intuition c'est au départ après le reste c'est plus l'expérience »

- o Le participant 6 évoque sa difficulté à mettre en lien intuition et expérience : « En y repensant, peut-être qu'avec un peu plus d'expérience ou de, de sens clinique j'aurais eu des choses qui auraient réveillé mon intuition (...) ce qui va à contrario de l'idée que je me faisais au départ, je me disais l'intuition en fait c'est l'incertitude des jeunes médecins qui évoluent petit à petit avec l'expérience, enfin je sais pas ! (...) D'un côté je me disais, l'intuition c'est l'incertitude d'un médecin pas trop sûr de lui et (...) il remplace ça par de l'intuition, enfin, pour aller assurer le coup je sais pas, enfin disons dans une situation d'incertitude (...) je sais pas si c'est l'intuition qui vient avec l'expérience ou si c'est au contraire avec l'expérience, c'est le sens clinique qui prend la part de l'intuition et qui fait la différence entre deux situations ».

L'intuition de l'entourage du patient qui a l'expérience de situations antérieures le concernant, certes, une expérience non professionnelle comparativement à celle du médecin, est également prise au sérieux par les médecins.

- o Le participant 8 en parle de la façon suivante : « C'est l'acquis aussi qu'ils ont, s'ils comparent aux situations précédentes ou à l'antériorité »

Il a été également mis en évidence par tous que l'intuition est subjective à l'opposé de l'expérience qui elle est objective.

- o Cela est confirmé par le participant 4 : « ça (l'intuition) semble être très subjectif alors que l'expérience elle est objective »

7. Lien entre intuition et connaissances médicales

Dans le même registre que l'expérience, il persiste également un flou parmi les participants pour savoir si l'intuition ne serait pas en lien direct avec les connaissances médicales acquises durant ce long cursus d'études médicales.

La discussion entre les participants 3 et 4 montre à quel point il est difficile de se positionner sur le lien entre l'intuition et les connaissances médicales :

- o Participant 3 : « Au début je me suis dit, je l'ai vu, voilà, on peut le voir comme une intuition mais après voilà, oui une connaissance médicale »
- o Participant 4 : « C'est difficile, hein, de faire la part des choses »
- o Participant 3 : « Oui c'est difficile »

- o Pour le participant 10, une part inconsciente d'acquis joue un rôle dans l'intuition que peut avoir le médecin : « Ce qu'on a l'impression que c'est notre intuition, de manière inconsciente, c'est toutes nos expériences ou connaissances acquises avant qui transparaissent sans qu'on arrive à mettre vraiment ni de mot ou de fait, ni de souvenir mais ça transparait quand même *« ah faudrait que je pense à ça ! »*, on a l'impression que c'est quelque chose qui sort de nulle part mais c'est quand même je pense une bonne partie de la somme de nos connaissances dont on se rend pas bien compte mais qui ressort comme ça, enfin c'est comme ça que je le vois aussi »

8. Lien entre intuition et a priori

Certains participants ont émis un questionnement sur le fait que l'intuition pouvait être considérée comme de l'a priori.

- o Le participant 3 s'interroge à ce propos : « Je me suis demandée si l'intuition et les a priori c'était pas parfois un petit peu la même chose »

- o Le participant 7 établit un lien entre intuition négative et a priori : « Si elle (l'intuition) est négative, c'est que j'avais des a priori et que là je me suis planté » (...) « ou alors t'étais dans l'a priori, voilà on revient, c'est à dire c'est la valeur négative »

9. L'intuition peut survenir de façon immédiate

Les médecins généralistes ont mentionné le fait que parfois, au premier regard qu'ils portent sur le patient, ils ont cette sensation immédiate de savoir ce qui amène le patient et si ce dernier est inquiétant ou non.

- o Pour le participant 2, la première vision qu'il a du patient oriente sa prise en charge : « Alors moi l'intuition, alors j'ai l'impression que quand le patient rentre dans le cabinet, je sais pratiquement ce qu'il a et ce que je vais lui donner à la fin et je me suis aperçu que dans 80-90% des cas je ne changeais pas le diagnostic »
- o Le participant 1 insiste sur l'importance du premier regard que porte le médecin sur le patient : « l'intuition, tu vois quelqu'un rentrer, instinctivement tu te dis celui-là c'est pas bien ou c'est bien »

10. L'intuition pourrait résulter de l'accumulation d'informations inconscientes

Ce qui est pris pour de l'intuition ne serait-ce pas finalement un afflux inconscient de données de l'environnement qui sont intégrées par notre cerveau qui va ensuite adapter ces informations dans la prise en charge du patient ?

En effet, il existe une communication non verbale du patient qui ne peut être ignorée, tout comme son environnement.

- o Le participant 4 met en avant le rôle de la communication non verbale : « Dans la communication non verbale, là il y a des choses qui peuvent passer et tu, toi tu vas analyser »
- o Le participant 11 juge important de ne pas se contenter uniquement des dires du patient : « Quand on voit le patient, un petit signe, soit son visage, son attitude, enfin ce qu'il dit »

- o Pour participant 9, l'accent est mis sur l'impression du médecin sur le patient : « Je l'imagine surtout, enfin dans ma pratique, par exemple des douleurs abdos, des suspicions d'appendicite, qu'est ce qui fait qu'un jour je l'envoie aux urgences et qu'un autre jour je temporise ? Parfois c'est sûr, ben j'imagine que c'est ça, euh, sur l'impression que me renvoie un peu le patient ou la patiente »
- o Le participant 7 met en avant son passé de régulateur du centre 15 : « Il y a l'intuition que le gars en effet, je fais un peu de régulation, des fois à la voix des gens tu te dis qu'il y a un coup foireux là ! »
- o Pour le participant 5, l'intuition est influencée par tous les sens : « Si on avait les yeux fermés, si on avait que le sens auditif ou le sens tactile, à mon avis ce serait différent »
- o Le participant 11 implique le sens visuel dans l'intuition : « Parce que je pense que c'est en voyant le patient »
- o Le participant 4 met bien en évidence l'analyse inconsciente du non verbal : « Oui mais est-ce que tu crois pas qu'à ce moment-là ton intuition elle est pas parasitée quelque part par une espèce de donnée d'angoisse qui est véhiculée dans les paroles, dans le comportement et que tu perçois pour un et pas pour l'autre, sans que ce soit quelque chose de formalisé, c'est plus dans une ambiance comportementale je dirais que tu perçois pour un et que tu vas pas percevoir pour l'autre »
- o Pour participant 3, l'analyse de l'environnement du patient n'est pas forcément de l'intuition : « la présentation, la manière de voilà, si on trouve la personne anxieuse, (...) ça peut être son cadre de vie, pour moi c'est pas forcément de l'intuition c'est plus un recueil de données, je le vois plus ça comme ça »
- o De même, le participant 3 suggère la chose suivante : « Je me suis dit voilà que parfois ce que je prenais un peu pour de l'intuition, c'était peut-être plus, entre guillemets, un petit peu plus réfléchi »

Les participants pensent également que la connaissance du patient, ainsi que de son terrain, joue un rôle fondamental dans l'intuition. Un comportement inhabituel chez un patient connu du médecin va provoquer chez ce dernier un sentiment d'alarme « que quelque chose ne va pas ». Par ailleurs, la connaissance du patient et de son environnement va influencer sa prise en charge, la décision du médecin. Les participants ont souvent mis en évidence la différence entre un interne ou un médecin remplaçant qui ne connaît pas le patient et a un regard neuf, et un médecin qui suit son patient depuis longtemps.

- o Le participant 12 argumente : « Il y a quelque chose qui nous accroche quand même, une façon d'être, une façon de ..., un petit truc qui n'est pas forcément très alarmant, mais chez cette personne qu'on connaît, dans la façon dont il s'exprime il y a quelque chose qui, qui nous titille »
- o Pour le participant 2, l'intuition est différente selon si le médecin connaît le patient ou non : « On a pas la même intuition sur un patient qu'on a jamais vu que sur un patient qu'on suit depuis 15 ou 20 ans » (...) « quelqu'un qu'on voit pour la première fois, c'est pas pareil quoi »
- o Le participant 13 nous apporte un exemple concret, mettant en évidence à nouveau la difficulté de faire la part des choses entre intuition et connaissance du patient : « Ça aurait été quelqu'un que je connaissais pas, je me dis, bon, il m'emmerde, je vais pas lui faire, enfin ça me serait jamais venu comme idée de lui faire une troponine. C'est parce que c'était un patient que je connaissais. Donc pour moi c'est pas de l'intuition. »
- o Le participant 12 met en avant l'intuition concernant une prise en charge, en fonction de la connaissance du patient : « on a l'intuition vraiment que chez certaines personnes il faut se battre parce que, il va, il va se battre lui aussi, il va essayer, il va aider les traitements, et puis chez d'autres personnes, à travers toute la vie qu'il a vécue, à travers tout ce qu'il nous a dit, à travers s'il a donné des directives anticipées, (...) on a l'intuition que c'est pas la peine de faire trop de choses disproportionnées. Mais c'est une intuition qui est, si on l'étudie bien, qui est quand même, de façon sous-jacente, on peut l'étayer. »

- o Selon le participant 13, l'intuition en garde serait différente avec les patients que le médecin ne connaît pas, notamment avec un sens d'alarme plus développé : « Enfin, il y a qu'à voir quand on est en garde, quand c'est pas nos patients, on a tendance à hospitaliser beaucoup plus facilement que quand c'est les patients qu'on connaît »
- o Pour le participant 13, l'intuition a un support : « Toi c'est parce que tu le connaissais tu savais qu'il y avait des risques, on s'accroche quand même à quelque chose, alors peut être qu'on ne fait que s'accrocher »
- o De même, le participant 13 met en évidence un sens d'alarme devant le comportement inhabituel d'un patient connu : « C'est parce que je connaissais ce patient, je savais qu'il n'appelait pas pour rien et que s'il me disait qu'il était pas bien, qu'il se sentait pas bien, il avait même pas pu venir au cabinet alors que d'habitude il venait » et « c'est parce que je me disais qu'il y avait forcément quelque chose vu que ce patient-là d'habitude ne m'appelait pas pour rien. »
- o Le participant 12 relate une intuition d'alarme de l'entourage devant un comportement inhabituel d'un proche : « C'est l'intuition de l'entourage qui alerte le soignant en disant « *écoutez on le connaît bien, d'habitude il n'est pas comme ça !* » Alors comme nous c'est la première fois qu'on le voit »

De ce fait, selon les médecins présents aux focus groups, il serait plus facile de résoudre un cas clinique sur papier que dans la vie réelle.

- o Le participant 3 ajoute : « Moi je dirais que dans un cas clinique, ça aurait été plus facile. (...) Oui effectivement sur un cas clinique ça aurait été limite plus simple »

11. L'intuition comme élément supplémentaire

Les participants voient majoritairement l'intuition comme un plus, un élément supplémentaire ne remplaçant pas l'attitude scientifique du raisonnement du médecin et un examen rigoureux mais lui permettant d'avoir un apport positif additionnel.

Avoir une intuition de réassurance pour un patient n'empêche pas le médecin de faire une prise en charge diagnostique complète avec un examen clinique appliqué. Elle est prise plutôt comme un élément supplémentaire nous confortant vers le diagnostic supposé.

- o Le participant 1 étaye cette donnée : « Quand je suis rentré dans la chambre, j'avais l'intuition que le régulateur avait bien fait de m'envoyer, ça m'a pas empêché de l'examiner comme un infarctus ou comme une embolie pulmonaire peu importe mais l'intuition quand je suis rentré dans la pièce et que j'ai vu comment il était, j'avais l'intuition que ... ça m'a pas empêché de faire un examen complet que j'aurais fait pareil si j'avais eu l'intuition que c'était un infarctus j'aurais fait pareil »

De même, l'intuition joue un rôle d'élément supplémentaire qui peut influencer la décision.

- o Pour le participant 6, l'intuition « c'est quelque chose de supplémentaire qui va modifier la décision ». Il la définit comme « quelque chose de temps en temps qui faisait pencher la balance »
- o Le participant 6 relate cet exemple : « Sur une douleur thoracique par exemple, on est quasiment sûr que c'est une douleur pariétale parce qu'on a les arguments mais il y a une sorte d'intuition supplémentaire qui va nous dire ... »

12. Rôle de l'intuition dans les diagnostics complexes

Il semblerait que l'intuition soit plus fréquemment utilisée dans les diagnostics complexes.

- o En effet, le participant 5 associe intuition et diagnostic complexe : « alors soit le diagnostic est quand même simple, facile à faire et on n'a pas besoin d'intuition »

13. Rôle de l'intuition dans l'incertitude

L'intuition apparaît lors de situations d'incertitude, ce qui est une des caractéristiques majeures de la médecine générale.

- o Pour le participant 6, l'intuition dans l'incertitude sert à « assurer le coup ». C'est aussi un « élément supplémentaire dans une situation d'incertitude qu'on a en médecine générale »
- o Le participant 6 met en lien incertitude, intuition et expérience : « Je me disais l'intuition en fait c'est l'incertitude des jeunes médecins qui évolue petit à petit avec l'expérience »

Le but final selon les participants n'est pas d'avoir le bon diagnostic mais d'éviter la perte de chance au patient comme l'étaye le participant 7 : « On est jugé, (...) sur notre capacité, et ça c'est le terme médico-légal, à ne pas faire de perte de chance au patient, chance, ça tu vas me dire que c'est pas un truc qui est pas très médical hein, mais l'emmerdant c'est qu'on soit jugé là-dessus et c'est pour ça que j'ai pas d'a priori défavorable à parler d'intuition, comme je disais, en la voyant que sous son angle positif, sous son angle d'incitation permanente à être en éveil » et « l'intuition était première avant même de faire l'examen parce que là il fallait, c'est la perte de chance qui prime, faut pas qu'il y ait de perte de chance »

Plusieurs participants ont ainsi évoqué leur crainte d'un procès notamment en cas d'orientation de prise en charge sur une intuition comme le suggère le participant 12 : « Mais c'est difficile à tenir hein (l'intuition). Si un jour quelqu'un porte plainte contre ça, j'espère que ça tiendra la route »

Le participant 5 ne met pas en lien direct bonne intuition-bon diagnostic : « Parce qu'à mon avis, c'est pas une bonne intuition qui fait un bon diagnostic »

14. Au final, la définition de l'intuition reste complexe

A la fin du deuxième focus group, le participant 8 s'interroge encore sur la définition de l'intuition, ce qui prouve que même après une longue discussion pour essayer de la définir, son sens profond n'est pas encore clair : « Alors qu'est-ce qu'il reste de l'intuition au bout de tout ça ? »

B. Apport positif de l'intuition

La très grande majorité des participants voit l'intuition sous un angle positif.

1. L'intuition garde le médecin en éveil

Selon les participants, l'intuition permet au médecin d'être de façon permanente en éveil :

- o Le participant 7 prône la valeur ajoutée de l'intuition « en la voyant que sous son angle positif, sous son angle d'incitation permanente à être en éveil »
- o Le participant 8 trouve que l'intuition permet d'avoir ses sens en éveil afin de déjouer les pièges fréquents en médecine générale : « Oui, oui c'est vrai qu'il y a des pièges à tous les coins de rue »

2. L'intuition permet au médecin d'être plus rapide

Les médecins ont remarqué que l'intuition leur permettait parfois d'être plus rapides en consultation.

- o Pour le participant 8, avec l'intuition, « tu anticipes la réalité »
- o De même pour le participant 7 : « L'intuition c'est aussi dans la gestion du temps »
- o Le participant 12 en est persuadé, l'intuition joue un rôle sur la rapidité du médecin : « Il y a des fois, (...) l'intuition permet d'aller plus vite » et « moi ça me permet d'aller beaucoup plus vite ! »

3. L'intuition comme valeur positive ajoutée

Les participants voient principalement l'intuition comme une valeur positive.

- o Le participant 7 notamment ne manquait pas d'arguments positifs au sujet de l'intuition : « je lui donne toujours un caractère quand même positif » ; « c'est une valeur positive ajoutée » ; « c'est toujours un plus »

- o Il ajoute même : « Dans d'autres cas, on a l'intuition qui nous sauve des fois un peu la mise et en consultation on se dit il faut que je fasse un bilan et on rajoute le truc qui va »
- o Le participant 6 a le même avis sur l'intuition : « Pour moi c'était pareil, quelque chose de positif »
- o Initialement, pour le participant 5, l'intuition est vue sous un versant de sauvetage puisqu'il affirme : « Je raccrochais comme une roue de secours à mon intuition »

Les participants voient également la valeur positive de l'intuition lorsqu'elle se vérifie avec un diagnostic qui était finalement correct :

- o Le participant 5 met en évidence une autosatisfaction du médecin à avoir eu la bonne intuition : « Et si on a raison en fait, on est content, on dit ah j'ai eu une bonne intuition » et « il y a une sorte d'autosatisfaction en disant ah j'ai fait un bon diagnostic »
- o Selon le participant 3 : « Donc l'intuition là ça voudrait dire que on final on a raison en fait, moi je le comprends comme ça »
- o Pour le participant 7, l'intuition est bonne quand elle se vérifie : « D'ailleurs ton intuition (...) elle te prouve que t'avais raison »
- o Le participant 13 relate des « cas où l'intuition nous a aidé dans le bon sens, si c'était l'intuition »

4. Le sens d'alarme

L'apport positif de l'intuition réside essentiellement dans ce que nous appellerons « le sens d'alarme », un sentiment d'inquiétude du médecin pour son patient, sans qu'il puisse forcément le définir de façon claire, qui va le pousser à réaliser une prise en charge plus exhaustive.

Ce sentiment d'alarme est souvent mis en évidence par les participants au cours des focus groups.

Les participants relatent souvent d'être réveillés la nuit par un sentiment d'alarme.

- o Le participant 12 nous donne une version de la manifestation nocturne de son inquiétude pour un patient : « Je sais pas si c'est de l'intuition mais ça m'est arrivé plusieurs fois et ça m'a toujours étonné, de me réveiller au milieu de la nuit, en me disant, en repensant tout d'un coup, mais p*****, t'es passé à côté de ce truc, c'est évident qu'il a (...) Il y a quelque chose auquel je n'avais pas pensé, ou alors un élément clinique auquel, qu'on a vu mais qui a pas fait tilt et qui revient subitement au milieu de la nuit »
- o Le participant 8 argumente : « Ça revient comme un flash »

Une intuition de gravité est parfois ressentie par les médecins pour un patient.

- o Le participant 13 nous raconte une anecdote marquante d'intuition de gravité : « Une fois où j'ai été appelé par un patient qui me dit qu'il avait mal aux dents, il sortait d'hospitalisation, il avait appelé le 15, on lui avait dit que c'était une mycose (...) et je ne sais pas pourquoi j'ai demandé des enzymes cardiaques et il avait une troponine à 10 (...) mais après sur des douleurs dentaires habituellement je ne demande pas de troponine »
- o Le participant 9 lui répond concernant la prescription de troponine : « Le fait d'y avoir pensé, tu te disais qu'il y avait quelque chose de grave, potentiellement »
- o Le participant 1 raconte son intuition d'infarctus du myocarde pour un patient : « Et là objectivement j'avais rien de plus que ce que j'avais d'habitude, euh je lui ai pas fait d'électro parce que j'avais pas envie de me retrouver avec un électro normal, donc je l'ai envoyé aux urgences de Nérac, il a été pris un peu de haut par l'urgentiste qui lui a fait un électro qui était normal et une troponine qui était positive »
- o Le participant 7 a l'intuition de devoir médicaliser la prise en charge avec le SMUR : « Je pense que là l'intuition c'est aussi de dire, bon là le gars, il a eu le SMUR qui est venu le chercher aussitôt »

- o Le participant 5 rebondit sur une anecdote d'un patient blanc et dyspnéique en disant : « Je sais pas ce qu'il a mais c'est quelque chose de grave », avec une approbation des autres participants vers le sentiment de gravité ; le participant 1 : « Oui mais tu dis que t'as l'intuition que c'est grave » ; le participant 2 : « Non mais t'as l'intuition que c'est grave » ; et à nouveau le participant 1 : « T'as l'intuition que c'est grave »

- o Le participant 1 met en avant l'intuition de gravité chez patient blanc et dyspnéique : « Oui mais tu vas pas le garder chez lui »
Et est appuyé par le participant 2 : « Blanc et dyspnéique en tout cas moi je vais pas le garder chez moi »

- o Le participant 3 évoque le sens d'alarme sans élément objectif à l'examen : « Moi ça me parlerait plus pour (...) effectivement l'intuition il y a quelque chose de grave alors qu'il n'y a rien d'objectif »

- o Le participant 6 voit plus en l'intuition un sens d'alarme : « Enfin je vois pas trop l'intuition, enfin, je vois pas à la place de l'intuition, non je pense pas que c'est grave, l'intuition me dit que c'est pas grave, plutôt l'intuition de oui c'est grave et je vais aller chercher même si on se trompe. »
Le participant 3 met en évidence que le participant 6 associe l'intuition avec le sens d'alarme : « Du coup tu l'utiliserais plus dans les choses graves en fait »

- o Le participant 7 raconte son histoire de suspicion d'infarctus du myocarde chez un patient : « L'intuition était première avant même de faire l'examen »

- o Le participant 3 nous donne sa vision de l'intuition : « Moi je l'imagine plus comme ça effectivement, un peu le fait voilà de percevoir dès le départ si c'est grave ou pas grave »

- o Le participant 9 raconte son sentiment d'alarme devant une douleur thoracique atypique : « bon, et paf, quoi, douleur atypique quand même, je me dis 3-4 jours donc voilà, et donc, et malgré tout (...) comme elle fumait, elle est venue quand même, j'ai fait une troponine »

- o Le participant 12 est vigilant devant un sentiment d'alarme : « un enfant que sa maman m'amène pour diarrhées, vomissements qui dort dans les bras, que tu as de la peine à réveiller, de la fièvre etc ... je dirais là faut vraiment que je fasse attention, c'est quelqu'un peut être qui va monter directement aux urgences »
- o Le participant 10 a un sentiment de gravité pour son patient avec douleur thoracique : « ça me tentait pas, je lui ai dit on va aller à Saint Hilaire chez votre cardio tout de suite »
- o Le participant 7 nous donne un exemple : « À l'appel, des fois, on décroche le téléphone et on entend la respiration du type et on se dit p***** ça y est, on décolle de suite ! »

Sans qu'il y ait forcément un sentiment de gravité immédiate, le médecin peut parfois ressentir une inquiétude pour son patient, un sentiment que « quelque chose ne va pas, que quelque chose cloche », même sans avoir un élément objectif à l'examen en ce sens. Cela peut amener le médecin inquiet pour son patient à pousser les examens complémentaires.

- o Le participant 13 nous montre à quel point l'intuition que quelque chose ne va pas chez son patient le pousse à élargir le bilan diagnostique : « Là moi j'ai par exemple en ce moment un patient, qui fait des malaises, qui a déjà fait deux embolies pulmonaires, trois phlébites, il a eu 4 bilans cardio, je ne sais combien de bilans bio (...) Et pourtant à chaque fois, il avait fait les urgences, ben voilà, et justement il avait tous les bilans, tous les bilans sont négatifs, et moi je persiste à me dire qu'il a quelque chose qui va pas ! Donc là je viens d'organiser une hospitalisation en rythmologie ! [Rires] Je veux dire, je... ce type-là, je me dis qu'il y a quelque chose qui va pas ! Alors que tous les bilans sont négatifs hein ! (...) Je sais pas, justement, (...) quand on le voit il est pas inquiétant. Et je lui ai quand même, enfin c'est la première fois que j'envoie quelqu'un en rythmologie quand même ! Après 15 ans ! »
- o Le participant 13 raconte : « Il y avait un petit garçon qui avait 39,5°- 40°C, que je trouvais inquiétant tout ça, donc je ne sais pas pourquoi j'ai fait une biologie »

- o Le participant 6 amène sa vision de l'intuition au travers d'un exemple : « Moi j'ai un exemple qui m'a été rapporté par un maître de stage, qui avait une personne avec une altération de l'état général, alcool-tabagique, une cinquantaine d'années, c'était un homme, et elle m'avait raconté qu'elle avait été jusqu'à faire, enfin il y avait eu 2 scanners qui étaient normaux pour vérifier qu'il n'y avait pas de cancer ORL et c'était au troisième examen, avec un examen ORL, avec une biopsie que le cancer avait été trouvé finalement, c'est difficile à prouver mais, elle avait, enfin, malgré tous les examens qui étaient normaux, elle avait poussé à fond vers ce diagnostic-là, je pense que ça rentre un peu dans l'intuition (...) il y avait des raisons objectives mais il y avait quand même beaucoup d'arguments de normalité qui rentraient, qui auraient pu rassurer enfin c'est plus sur un truc comme ça que je voyais l'intuition qui va amener à faire, à aller plus loin ». On voit ici que les examens complémentaires auraient pu rassurer le médecin sur le diagnostic de cancer, mais malgré tout, elle décide de poursuivre le bilan.

- o Le participant 3 rebondit sur la nécessité d'approfondir lorsqu'on a le sentiment d'alarme pour un patient : « Le patient-là qui avait un cancer ORL donc on va dire oui j'ai l'intuition qu'il a quelque chose donc je vais faire des examens, je vais faire des examens et à la fin il avait quelque chose ». Le fait de sentir qu'il y a quelque chose chez ce patient pour le participant 3 va l'amener à faire des examens supplémentaires : « L'intuition, on le comprend plus comme ça, comme voilà je sens qu'il y a quelque chose donc je fais »

- o Le participant 7 a le sentiment que son patient a quelque chose malgré un examen clinique rassurant. Ce sentiment d'alarme le fait aller plus loin dans la démarche diagnostique : « tu as fait un examen comme tu dis clinique bien fichu etc, t'as rien vu, etc ... mais intuitivement tu te dis ce mec il a quelque chose donc c'est ça, tu recherches l'élément positif qui va te dire malgré tout, ce gars-là il a forcément, je pense qu'il y a quelque chose, il faut que j'aille plus loin et c'est ton intuition qui te pousse à te renseigner ». Il ajoute « Après t'as le cadre (...) de l'examen clinique, il est normal, t'as tout fait etc... mais tu te dis je pense qu'il y a quelque chose » et « c'est en effet la personne où vous êtes persuadé d'avoir fait ce qu'il faut, examen clinique normal intuitivement vous dites qu'il y a un truc »

- o Pour le participant 6, l'intuition est comme un élément ajouté qui nous pousse à aller plus loin plutôt que de temporiser comme cela aurait été le cas dans une autre situation : « D'aller plus pousser un diagnostic, avec de l'imagerie au lieu de temporiser, admettons une douleur abdominale qui vient, depuis un peu plus d'une semaine, deux semaines et rapidement vers une échographie ou un scanner plutôt que de temporiser, parce que bon, enfin, voilà, comme si c'était quelque chose de supplémentaire qui venait et qui venait un peu en lieu et place du raisonnement clinique habituel. »
- o De plus, l'intuition amène à ne pas se contenter d'examens normaux pour le participant 6 : « L'intuition qui va amener à faire, à aller plus loin »
- o Le participant 13 relate l'importance de suivre son intuition : « Au final peut-être il y aura rien ! Mais au moins je serais allée jusqu'au bout ! »
- o L'intuition guide le médecin pour chercher autre chose malgré le fait qu'il ait un examen clinique normal chez son patient selon le participant 7 : « Après un examen clinique normal, bien fait tout son truc etc... on se dit oui on a quelque chose et l'intuition elle est là alors pour m'aiguiller à chercher autre chose »
- o Pour le participant 3, l'intuition pourrait être de vouloir chercher plus loin pour un patient : « Au début ça peut être l'intuition de se dire bon ben voilà, voilà pourquoi aller chercher plus loin cette fois ci alors que quelqu'un qui dit qu'il est essoufflé le soir bon... »
- o Selon le participant 2, on peut également avoir parfois l'intuition que la prise en charge d'un patient sera complexe : « Je sais pas si c'est de l'intuition ou de l'expérience mais on sait que sur certaines fractures de cheville, entorses de cheville un peu graves, certaines personnes développent des algodystrophies »

L'inquiétude de l'entourage déclenche un sentiment d'alarme chez le médecin. Elle est importante à prendre en compte par le médecin.

- o Le participant 4 considère qu'il ne faut pas négliger le sentiment d'alarme du patient qui est persuadé d'avoir quelque chose : « Il y a une espèce d'inquiétude. Même les patients, les patients qui savent et qui viennent en disant « *docteur j'ai quelque chose* », on examine bien, rien, « *vous voyez docteur j'ai quelque chose* » ! Bon ! La personne ressent bien quelque chose dans son corps que nous on est pas capable de trouver sur un examen classique et donc quelque part je crois qu'il faut aussi qu'on accède à cette formulation qu'ont les gens qui est pourquoi celui-là me dit et me dit c'est sur j'ai quelque chose ! »
- o Le participant 8 l'affirme : « L'intuition du malade, oui c'est important »
- o Le participant 4 raconte qu'elle a déjà prescrit un bilan complémentaire face à l'angoisse de la mère de sa patiente sans croire à la nécessité de le faire : « Alors la mère était dans une anxiété phénoménale donc grosso modo faites quelque chose (...) donc effectivement, cet examen quelque part, il a été fait sous pression »
- o Pour le participant 9, avec un examen clinique identique, la prise en charge sera différente selon le message subliminal envoyé par l'entourage au médecin : « Sur quasiment un examen clinique identique, alors je sais pas, (...) soit peut être c'est lié à l'horaire, je sais pas, peut être une maman avec un enfant, qui j'ai l'impression m'envoie un message, *envoie moi aux urgences*, enfin j'en sais rien, c'est comme ça, enfin je sais pas, pour moi c'est comme ça »
- o L'avis du médecin qui voit pour la première fois l'enfant est contrebalancé par les dires de l'entourage qui le connaît bien et est inquiet selon le participant 12 : « C'est l'intuition de l'entourage qui alerte le soignant en disant « *écoutez on le connaît bien, d'habitude il n'est pas comme ça !* » Alors comme nous c'est la première fois qu'on le voit »

- o Le participant 4 intègre le ressenti d'inquiétude de l'entourage dans la prise de décision : « c'est comme les mères qui amènent leurs nourrissons à la consultation (...) pour de la fièvre, on les examine effectivement et un gamin, on va en prendre deux, ils auront cliniquement rien si ce n'est de la fièvre par contre il y a une maman qui va dire il a de la fièvre, on regardera demain ce que ça donne et l'autre qui quelque part va avoir une espèce d'inquiétude majeure et quelque part, (...) pour nous ça entre en ligne de compte pour dire que si, si cette maman est en pleine inquiétude par rapport à son enfant c'est qu'elle doit percevoir un sentiment, quelque chose d'urgent que nous on ne perçoit pas sur notre examen et donc il faut aussi l'intégrer dans notre prise en charge »

- o Le participant 12 va dans le même sens d'alarme que son patient en étant inquiet de la non évolution de ses symptômes : « et il vient me voir donc 15 jours après en me disant *écoutez ça fait 15 jours que j'ai la grippe ça fait quand même un petit peu longtemps* et je lui dis ouais effectivement ouais »

- o Le participant 1 distingue l'intuition du médecin de l'intuition du patient : « Oui mais là on retombe sur l'intuition du patient ! Puisque là, c'est les deux mêmes qui sont tous les deux à nous dire j'ai quelque chose et notre intuition serait de dire lui oui et lui non ! Puisque si lui il a, c'est lui qui a l'intuition d'avoir quelque chose ! S'ils ont tous les deux l'intuition, la nôtre c'est de savoir pour lequel on ... »

- o Le participant 12 relate l'intuition de l'entourage du patient : « Alors c'est pas l'intuition du médecin mais c'est l'intuition de l'entourage qui alerte le soignant »

- o Pour le participant 9, le patient et son entourage ont également une intuition : « Le patient qui est pas professionnel de santé ou la maman elle a aussi une intuition de son enfant (...) l'intuition de la patiente elle-même, de la maman, c'est que comme elle a pas ce bagage qu'on a de professionnel ou d'expérience, elle a une autre intuition donc du coup, donc elle c'est le fait qu'elle a une vision de non professionnel qui fait que ça a l'air plus grave que nous quand on voit cet enfant »

Il arrive parfois également que le médecin complète une prise en charge pour se réassurer en cas d'incertitude ou rassurer l'entourage du patient.

- o Le participant 10 a adressé un patient aux urgences pour se rassurer sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'un infarctus du myocarde : « A l'hôpital de Nérac pour qu'il ait ses deux *tropo* et son ECG, aux urgences de Nérac (...) Mais c'est pareil j'ai pas appelé le transport. Je me suis dit non c'est juste pour me rassurer ! »

5. Le sens de réassurance

Ce sentiment a été moins mis en évidence par les participants, il leur paraissait moins important que le sens d'alarme donc secondaire.

- o Le participant 3 reconnaît en effet plus l'intuition dans le sentiment d'alarme que dans le sentiment de réassurance : « Moi ça me parlerais plus pour (...) effectivement l'intuition il y a quelque chose de grave alors qu'il n'y a rien d'objectif, plus que l'intuition de j'ai rien trouvé, mais ça me rassure, enfin l'intuition d'être rassurée je la vois moins »

Le médecin peut éprouver un sentiment rassurant concernant l'état de santé de son patient.

- o Le participant 5 : « L'intuition (...) ça permet de se rassurer »
- o Le participant 13 a déjà eu la sensation qu'intuitivement, son patient est rassurant : « Moi je trouve c'est là où intuitivement tu te dis il y a rien »
- o Le participant 7 rebondit devant l'histoire de malaise de l'adolescent de son confrère : « T'avais l'intuition qu'il y avait rien »

Le sens de réassurance se retrouve également dans le fait que le médecin a le sentiment que le patient ne nécessite pas une prise en charge urgente.

- o Le participant 2 conte une situation pendant une garde : « Le régulateur, il avait l'intuition qu'il n'y avait pas besoin de SMUR (...) j'avais l'intuition que le régulateur avait bien fait de m'envoyer" »

Ce sentiment de réassurance amène le médecin à ne pas vouloir pousser les examens complémentaires pour son patient.

- o Le participant 7 propose de s'arrêter dans la démarche diagnostique si l'examen clinique est normal et qu'il pense que le patient n'a rien : « Si après l'examen médical tu vois un type et tu te dis ce mec il a rien, basta ! »
- o Le participant 12 répond au participant 7 qui n'a pas orienté le patient avec douleur thoracique vers un plateau de coronarographie : « Je pense que ta décision a dû être dictée par une intuition particulière que tu avais, c'est-à-dire que tu as peut-être pensé que ce n'était pas une douleur coronarienne »

La médecine générale permet, en l'absence de signe d'alarme, de temporiser la prise en charge du patient en prenant de ses nouvelles à distance. Cela permet au médecin de se rassurer en cas d'incertitude diagnostique, une fois l'urgence éliminée.

- o Le participant 8 : « Tu sens qu'il y a une possibilité de temporiser »
De même, le sentiment de réassurance pour son patient lui permet de prendre son temps pour la prise en charge : « Tu as peut être pas les critères de gravité et tu peux te donner un peu de temps »
- o Pour le participant 5 : « Il y a pas de risque vital, il y a pas d'urgence, il y a pas de gravité, bon alors évidemment ça peut attendre »

- o Le fait de faire revenir les patients en cas d'incertitude diagnostique est une stratégie pour rassurer le participant 2 en l'absence de signes d'alarme : « Quand ça te plait pas et que c'est pas une urgence vraie, t'as l'avantage de pouvoir faire revenir les patients, tu te rassures comme ça (...) en disant ben si ça va pas dans 2-3 jours, vous revenez »
- o Le participant 13 utilise aussi cette stratégie en s'adressant à la maman de son patient : « et donc du coup moi je l'ai temporisé « *s'il va pas bien vous me rappelez* » »

C. Une certaine méfiance envers l'intuition

Même si la très large majorité des participants a vu l'intuition comme un apport positif à leur pratique de médecine générale pour laquelle le doute diagnostique est fréquent, certains médecins se sont montrés parfois méfiants envers l'intuition, notamment le participant 5, qui ne nie pas avoir de l'intuition mais qui s'efforce de lutter contre cette dernière.

1.Aspects négatifs de l'intuition

Il est ressorti de ces focus groups les termes suivants pour caractériser l'intuition : hasardeuse, irrationnelle, irraisonnée.

- o Le participant 13 affirme : « Pour moi l'intuition c'est quelque chose de pas rationnel »
- o Par là même, le participant 8 trouve l'intuition comme : « quelque chose (...) d'irréfléchi peut-être ou d'irraisonné »
- o Le participant 6 qualifie à son tour l'intuition : « Oui mais c'est un élément un peu irrationnel »
- o Le participant 5 est embarrassé de faire une médecine imprécise et hasardeuse en se basant sur l'intuition : « Moi ça me gêne, de faire une médecine comme ça un peu au nez quoi, pouf pouf, au pifomètre et je pense que c'est la meilleure des façons de faire des erreurs ».

Certains participants éprouvent une certaine méfiance envers l'intuition.

- o Pour le participant 3 : « L'intuition, ça peut être dangereux »

- o De même pour le participant 2 : « ça peut être très dangereux »

- o Le participant 5 refuse de poser des hypothèses diagnostiques sur une intuition :
« Pour moi le diagnostic n'est pas fait par l'intuition »

- o Le participant 2 tempore en ajoutant que les hypothèses diagnostiques posées sur l'intuition doivent être vérifiées : « On a l'intuition que ça peut être ça ou ça, après bien sûr on fait un interrogatoire strict, un examen clinique et à la fin, c'est une sorte de jeu, (...) tu te dis ben ça, peut-être ça, ça et ça puis après tu vas vérifier »

- o Le participant 5 se positionne contre l'intuition : « Moi je suis anti-intuition, enfin en tout cas ma propre intuition » ; « mais toujours je m'en méfie, je mets les garde-fous » ; « moi personnellement je veux surtout pas être influencé » ; « en dernier recours je dirais, bon si on a que sur intuition sur laquelle se raccrocher » ; « je vais refuser ma première intuition » ; « ce diagnostic intuitif dont je me méfie »

- o Il met en lien le fait de ne pas vouloir se fier à son intuition avec le fait d'avoir une faible confiance en lui : « Alors c'est peut-être possible parce que j'ai pas assez confiance en moi »

- o Le participant 5 décide même de lutter contre son intuition au point de se refuser à la suivre même quand instinctivement il se dit qu'il y a quelque chose chez son patient : « Et ben moi non, moi je m'arrête là »

- o De ce fait, le participant 5 tente de trouver des stratégies afin de lutter contre son intuition.
 - Ainsi, il préférera prendre un second avis que de suivre sa propre intuition : « Moi j'aurais plus tendance à faire confiance à un deuxième avis de quelqu'un d'autre » ; « il vaut mieux (...) croiser les regards, les avis, et points de vue que de se fier à elle (l'intuition) » ; « je préfère prendre l'avis personnel quelle que soit sa fonction infirmier, AS ou ASH, plutôt que de me dire, parce qu'on pourrait dire que j'ai aucune intuition, mais non c'est pas ça, c'est que j'essaie de la limiter le plus possible » ; « un confrère (à qui je peux en parler), je préférerais faire ça plutôt que suivre ma propre intuition » ; « à défaut de prendre l'avis d'un confrère spécialiste qui, qui permettra d'évacuer cette intuition »
 - Il tente de limiter au maximum son intuition en renforçant au maximum ses connaissances médicales et la pratique de la médecine : « Je pense que finalement la pratique, l'expérience et la mémoire, le fait de se rappeler quand même des choses ou de lire des choses, le fait d'apprendre et (...) le fait de progresser ou de se former soi-même, fait qu'en fait on va justement évacuer diminuer, enfin pour moi le plus possible ce côté d'intuition »

Certains participants ont également vu l'intuition sous un angle négatif

- o Le participant 2 définit une intuition négative de la façon suivante : « L'intuition négative ça peut être de se dire (...) cette personne a quelque chose, en fait elle a rien »
- o Selon le participant 5, l'intuition empêche le médecin de progresser : « Ça fait pas progresser, on progresse pas, enfin à mon avis si on se fixe sur son intuition »

2. Les fausses intuitions peuvent entraîner des erreurs

Les médecins ont amené des anecdotes de fausses intuitions. Leur intuition les a parfois guidés vers une hypothèse diagnostique qui s'est ensuite révélée être fausse.

Les fausses intuitions peuvent ainsi induire à des erreurs de prise en charge du patient.

- o Le participant 9 pensait avoir l'intuition du diagnostic d'angine bactérienne pour certains de ses patients mais la mise en place des *streptatests* a révélé qu'il s'agissait en fait de fausses intuitions : « C'était avant que je fasse les *streptatests*, dès que je voyais une angine blanche à 40°, je me disais c'est forcément, c'est un antibio, c'est pas possible. Et des fois je suis déçu que ce soit négatif quoi ! »
- o Le participant 4 et son interne ont eu une intuition similaire pendant une consultation pour une adolescente ayant fait un malaise, celle que la patiente n'avait rien. Elles ont néanmoins fait un bilan biologique pour rassurer la mère de la patiente et ce bilan s'est avéré être perturbé. Les deux médecins ont donc eu la même fausse intuition : « Bref enfin bon, l'examen, il est pourri alors que toutes les deux on était persuadé qu'on ne trouverait rien sur la prise de sang. Bon donc là on était dans une, finalement dans une fausse intuition »
- o Le participant 2 raconte également une anecdote de fausse intuition : « La semaine dernière dans la salle d'attente, il y avait un gamin qui hurlait, hurlait, (...) diagnostic, *il a une otite*, (...) en fait cet enfant (...) il fait pareil dans toutes les salles d'attente ! (...) Et on l'a examiné et il avait pas d'otite. L'expérience dit que quand un enfant hurle dans la salle d'attente comme ça, c'est souvent l'otite et tu la cherches quand même ! »
- o Le participant 10 met en avant une fausse intuition de cancer de la prostate devant des PSA très élevés et se focalise donc sur cette intuition de gravité, ne lui permettant pas d'élargir son champ diagnostique : « Mais moi j'avais l'intuition que ça sentait pas très bon alors que (...) voilà, j'ai pas fait l'ECBU ce jour-là en consultation alors que je me serais pas laissé aller à mon intuition, j'aurais commencé par faire un ECBU ... »
- o Le participant 11 lui rétorque : « Ça t'a faussé »

- o Selon le participant 5, plusieurs phénomènes intercurrents peuvent fausser l'intuition : « L'intuition (...), c'est faussé par l'auditif avec quelqu'un, l'intonation de la voix, c'est faussé si la personne en face ou si soit même on est peu à l'écoute, on est fatigué, stressé enfin voilà »
- o Le participant 12 raconte une histoire d'intuition vers un diagnostic s'étant révélé faux après examen complémentaire : « Ou alors de dire au patient, bon je suis absolument sûr c'est une coxarthrose d'ailleurs à l'examen, et puis on demande une radio, vous allez voir et la radio elle est normale »
- o Le participant 13 s'interroge sur l'intuition : « Est-ce qu'il n'y a pas des fois où ça nous induit en erreur ? On dit « *ahh ça doit être ça* » et du coup on part sur cette voie-là et puis non c'était pas ça »
- o Le participant 5 lutte contre sa propre intuition qui, pour lui, est source d'erreur : « C'est pas que je suis pas intuitif, mais pour moi c'est la meilleure des choses pour se tromper »

Les médecins qui vont trop vite sur leur démarche diagnostique du fait de l'intuition sont plus à même de faire des erreurs.

- o Le participant 12 pense en effet que le fait d'aller trop vite avec l'intuition provoque des erreurs en ne s'ouvrant pas à d'autres hypothèses diagnostiques : « Il y a des fois, quand je dis que l'intuition permet d'aller plus vite, je pense que c'est vrai mais il y a des fois où on va trop vite, où on oublie effectivement les différentes possibilités et on a éliminé trop vite les autres »
- o Le participant 13 va dans le même sens que le participant 12 : « Je pense que des fois du coup, il y a des choses où on doit passer à côté »
- o Le participant 12 met en avant que le fait de poser un diagnostic initial précipitamment sur une intuition nous fait faire des erreurs : « Les fausses intuitions (...), ça m'est arrivé plusieurs fois en effet au bout de 3 minutes d'avoir un diagnostic, (...) et puis on va toujours le vérifier avec un examen clinique, et on se dit ah non c'est pas possible, on part vers un mauvais chemin. (...) j'ai été trop vite à ce moment-là ! »

De plus, il semblerait que les médecins qui se focalisent trop sur leur intuition initiale sont moins à même de remettre en question leurs hypothèses, cela pouvant les amener à faire des erreurs.

- o Le participant 2 avoue rarement revenir sur son intuition de départ : « Tu as l'intuition de l'entrée quand le patient rentre dans le cabinet et ensuite tu affines donc avec ce que tu connais, ton interrogatoire, ton examen clinique, voilà, pour arriver à la fin. Souvent je ne reviens pas sur ce qu'on a senti au départ »
- o Le participant 5 met en avant le côté réducteur de l'intuition : « c'est un peu comme si, (...) l'intuition, on se focalisait sur quelque chose (...) mais après on passe à côté d'autre chose c'est-à-dire, ça écarte, c'est comme si on faisait un focus, une focale, un zoom sur quelque chose, on le voit on est content mais à côté de ça on oublie de s'occuper des choses qui sortent de notre champ, entre guillemets, intuitif »
- o Selon le participant 5, l'intuition nous focalise sur quelque chose et nous fait oublier le reste : « mais à côté de ça on oublie de s'occuper des choses qui sortent de notre champ ».

Il semblerait que cette méfiance envers l'intuition et l'énumération de tous ses points négatifs soit principalement le reflet de la pensée d'un seul participant, le médecin n°5, qui met en avant une lutte contre son intuition et entretient un idéal de pratique médicale raisonnée sans aucune place laissée à l'intuition. Il ne nie pas avoir de l'intuition mais se refuse à la suivre. Il se trouve également que ce médecin a expliqué son manque d'intuition par sa personnalité encline à un défaut de confiance en lui : « c'est faute d'être sûr de moi (...) j'ai pas assez confiance en moi » et de type anxieuse : « je pense que je suis d'un naturel anxieux ». Cela l'amène à prescrire plus d'exams complémentaires pour se rassurer « je fais ça pour rassurer le patient et pour moi aussi me rassurer (...) c'est peut-être plus par inquiétude ». Il pense que l'intuition est utile pour rassurer les médecins, mais qu'elle ne le rassure pas à titre personnel.

DISCUSSION

I. Méthodologie

Cette étude est différente des précédentes effectuées jusqu'à présent.

Alors que beaucoup d'études qualitatives ont été réalisées aux Pays-Bas, peu ont été menées en France. Quelques thèses se sont penchées sur le sujet du gut feeling. (10)(8)(11)(12)(13) L'originalité de notre projet est qu'il a été choisi d'étudier une population variée de médecins généralistes Lot-et-Garonnais. De par leur distance de l'université de médecine de Bordeaux, seulement certains sont dits universitaires et sont enseignants ou maîtres de stage pour les internes. Cela peut expliquer le fait que peu d'entre eux connaissent le terme de gut feeling. Cela en fait une population majoritairement novice en matière de gut feeling.

A. Le choix de la méthode qualitative

Nous nous sommes orientés pour ce sujet vers une méthode qualitative. Ce type de méthode est particulièrement approprié lorsque les facteurs étudiés sont difficiles à mesurer de façon objective, notamment pour répondre à des problématiques de soins primaires. Elle permet l'exploration de données verbales d'un champ vaste notamment celui de l'affect et de l'expérience. Cela nous paraissait donc pertinent de l'utiliser pour notre étude, également parce que peu d'études quantitatives ont été menées jusqu'à présent. (14)

B. La sélection de notre échantillon

D'après les objectifs de l'étude, il s'agissait de sélectionner des personnes qui avaient un point de vue, des connaissances et des expériences qui étaient à la fois réelles et complémentaires. Placés ensemble, les individus ainsi sélectionnés devaient être en mesure d'échanger de manière suffisamment étayée pour venir confirmer les hypothèses de l'étude et suffisamment créatrice pour générer des éléments nouveaux dont on ne soupçonnait pas l'existence. (15)

Nous avons choisi de sélectionner nos participants de façon homogène « médecins généralistes Lot-et-Garonnais aux alentours d'Agen », avec des critères de représentativité de la population ciblée afin de pouvoir généraliser à l'ensemble de la population des données collectées auprès d'un nombre réduit d'individus.

L'échantillon était raisonné donc non probabiliste. La population sélectionnée répondait à l'ensemble des critères recherchés. Elle était représentative de la population avec une bonne variabilité en termes d'âge, de sexe, d'expérience, de type d'exercice, de carrière universitaire.

Nous n'avons eu que deux refus de participation sur les 15 médecins initialement contactés.

C. Les focus groups

Alors que les principaux travaux français réalisés utilisaient des rondes Delphi (16) afin d'obtenir un consensus sur le gut feeling, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative différente, celle des focus groups. (17)(18) Cette technique de recueil de données nous paraissait la plus adéquat pour ce travail. En effet, grâce à la dynamique de groupe, ils constituaient un moyen rapide et fiable pour collecter des données de qualité. (19) Leur rôle était de générer des idées nouvelles en favorisant l'expression et les échanges de points de vue. (20) Ils étaient plus interactifs que des entretiens individuels et permettaient donc la stimulation des témoignages par l'effet de groupe, l'émission d'idées issues de la comparaison des expériences et des connaissances ce qui s'avérait être intéressant pour notre étude. Ils produisaient en peu de temps une grande quantité d'informations notamment sur le vécu de situations et sur les motivations de chacun. (21)

L'inconvénient principal de cette méthode était l'effet « leader d'opinion » qui pouvait parfois apparaître au sein du groupe, lorsque certains participants étaient plus à même de partager leurs opinions. C'était l'un des principaux reproches fait au focus group, leur tendance à lisser les opinions individuelles au profit de celle du groupe. (22) Dans notre étude, cela a pu être ressenti lors du second focus group où les participantes 10 et 11 ont clairement moins pris la parole.

Lors des entretiens, le modérateur avait utilisé l'alternance de questions ouvertes, questions relais, rarement de questions fermées et de techniques de reformulation : il s'agissait d'entretiens semi-directifs. Cela entraînait une discussion à la fois agréable et utile afin de faciliter les échanges et l'autonomie du groupe. (23)

Nous avons décidé de modérer nous même les entretiens. Le premier focus group a été modéré par un médecin généraliste d'expérience, j'étais alors observatrice, même si j'ai animé parfois quelques échanges. Pour le second focus group, je faisais fonction de modérateur. Nous avons essayé de rester le plus neutre possible afin de ne pas orienter les participants vers notre point de vue de ce sujet que nous maîtrisons déjà bien afin de ne pas favoriser les biais.

Nous avons fait au mieux pour nous intéresser à chaque participant, pour ne pas participer aux débats, pour montrer que l'on est prêt à tout entendre, pour assurer une participation équilibrée des personnes présentes et pour favoriser le dialogue entre les participants. (24)

Les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone permettant une bonne qualité d'enregistrement et de réécoute. Cet appareil était silencieux et aucun voyant lumineux clignotant n'était présent, le groupe n'était donc pas perturbé.

La durée des focus groups était hétérogène, comme cela était attendu.

Notre étude présente néanmoins certains biais. Nous pouvons en effet faire l'hypothèse que mon absence d'expérience pour la modération d'un focus group a pu altérer la qualité des informations récoltées. Il m'a été en effet difficile de favoriser la communication de tous les participants et de rester totalement neutre. Cela constitue un biais d'intervention.

D. Le codage

Cette phase doit être reproductible c'est-à-dire que nous devons obtenir les mêmes résultats que l'analyse soit faite par une personne ou une autre de façon indépendante. Afin de vérifier la validité intrinsèque de notre analyse, nous avons effectué un double codage. Le deuxième codage était réalisé par un médecin généraliste remplaçant qui avait l'habitude d'utiliser le logiciel Nvivo puisqu'il avait réalisé sa thèse avec le même logiciel. Ce logiciel a été conçu pour gérer des données non numériques des méthodes qualitatives.

II. Analyse

A. Définition difficile du « gut feeling »

C'est par le terme « intuition » que nous avons choisi d'introduire notre sujet lors des focus groups, en recentrant ensuite la discussion plus spécifiquement sur le gut feeling. Ce sentiment a été reconnu de l'ensemble des médecins généralistes Lot-et-Garonnais des deux focus group.

Cela va dans le même sens que plusieurs études. Il est établi que le gut feeling est un concept familier aux Pays-Bas (4) et cet article prouve que « personne ne remet en cause l'existence de ce 6ème sens. » (25) Par ailleurs, une étude de 2013 confirme la transculturalité du gut feeling. C'est aussi un concept bien défini en France. Il est reconnu par les experts de médecine générale comme jouant un rôle essentiel dans la prise de décision. (5)

Il avait déjà été montré que les médecins généralistes de terrain se reconnaissent dans ce phénomène et l'utilisent dans leur pratique quotidienne. (11) Il a été admis que l'intuition est « pratique courante en médecine générale. (...) L'intuition joue incontestablement un rôle dans leur pratique. » (26)

Les participants ont éprouvé de la difficulté à définir ce sentiment. Même après une longue discussion, il s'est avéré quasiment impossible pour eux d'établir une définition claire du gut feeling. Cela a également été démontré lors de précédentes études.

En effet, un article de 2009 d'Erik Stolper (27) dégage l'idée qu'il s'est avéré impossible de trouver une seule définition qui comprenne tous les aspects du gut feeling. Parfois, trouver un consensus pour définir le gut feeling a pris du temps. Il a par exemple fallu trois rondes Delphi pour obtenir un consensus sur 8 critères finaux de définition du gut feeling en tant que sens d'alarme et sens de réassurance dans la thèse d'E. Chipeaux. (11) Le gut feeling est également décrit comme un « sentiment particulier que l'on ressent et que l'on essaie de confirmer avec des faits ». (3)

Les participants de notre étude n'ont pas reconnu les définitions du gut feeling proposées par les français (28) comme étant un « sentiment d'étrangeté ». Ils n'ont pas non plus utilisé le terme « mauvais pressentiment ou mauvaise prémonition » qui était ressorti pendant une étude de 2010. (28) Dans cette étude est dressé le tableau d'un médecin appelé au chevet de son patient pour douleurs abdominales dans un contexte d'obésité et de traitement chronique par corticoïdes pour un asthme. Rien d'objectif n'alarmait ce médecin lors de l'examen clinique de son patient mais néanmoins, elle décide de l'adresser à l'hôpital avec comme intuition celle que son patient va mourir, ce qui se passe effectivement au décours de sa prise en charge hospitalière. (26)

Certains médecins des focus groups ont parlé de « flair », ce qui peut être mis en parallèle avec l'intuition médicale appelée le « clinical nose » dans cette étude. (4)

Les participants n'ont pas reconnu la sensation viscérale comme manifestation du gut feeling. C'est pourtant ce qui avait été retenu par cette étude de 2001 (29) qui affirmait que « les pressentiments ou "instincts" sont basés en partie sur la perception d'indices viscéraux. » Une autre étude a retrouvé cette même manifestation viscérale du gut feeling : « Ce sentiment parfois perçu comme une sensation viscérale. » (30)

Nous nous sommes rendu compte pendant notre travail que le participant 5, qui affirmait avoir peu confiance en lui, avait plus de difficultés que les autres participants à utiliser son gut feeling, préférant se baser sur une médecine factuelle et rationnelle.

Cet aspect a été montré dans la littérature. Ainsi, les médecins qui sont dits « rationnels » auraient ainsi du mal à développer leur gut feeling. De même, on peut observer que les cliniciens ayant peu de confiance en eux possèdent peu de sens de réassurance. (4) Il a aussi été dit que les médecins anxieux étaient plus incertains. (31)

Nous avons pu constater au fil de notre étude que l'ensemble des participants a une vision du gut feeling qui lui est propre. Chacun amène au fur et à mesure du focus group un point de vue très personnel sur ce sentiment.

En effet, il a été montré que les médecins généralistes décrivaient un processus non analytique dans leur prise de décision qui était différent pour tout un chacun. (32)

Nous avons mis en évidence, en nous basant sur les anecdotes des participants, que le gut feeling apparaissait plus fréquemment lors de situations de garde de médecine générale.

Effectivement, il a été montré que le fait de travailler en dehors des horaires d'ouverture en soins primaires influait sur le raisonnement clinique et sur la prise de décision du médecin généraliste. Cela est identifié par les médecins comme un potentiel environnement de haut risque et ils adaptent leur approche pratique à ce milieu. (33)

Les résultats de l'étude Gut Feeling in General Practice (2010, Stolper) (28) démontrent aussi que le pourcentage du sens d'alarme double en dehors des heures d'ouverture, également pour les pathologies cardiovasculaires, gastroentérologiques ou orthopédiques. (3)

Pour aller dans le même sens, la thèse « éclairage du concept du gut feeling par une approche par les sciences cognitives: le gut feeling en prévention de l'erreur » (8) relate que le degré d'expertise, les distractions et interruptions, la fatigue et le stress, l'absence de communication entre professionnels et la mauvaise ergonomie des situations de travail favorisent l'erreur.

Cela peut être mis en parallèle avec la thèse de Marthe Bourgy intitulée « l'adaptation cognitive et l'improvisation dans les environnements dynamiques : pour une intégration de l'expérience sensible dans les modèles de l'activité experte » (34) qui concerne plus spécifiquement le domaine aéronautique, système complexe où l'erreur n'est pas permise et la sécurité repose sur une anticipation des événements. Qu'en est-il lors de situations imprévues où une décision doit être prise? Elle a étudié une population de pilotes de chasse de l'Armée de l'Air avec comme objectif d'améliorer la prise de décision de ces experts en situation imprévue. Son travail montre les limites d'un modèle strictement cognitif : en situation imprévue, les connaissances acquises ne suffisent pas pour garantir une orientation rapide du système cognitif vers des informations utiles à traiter. Elle nous amène alors vers une extension du modèle cognitif de l'adaptation, qu'est l'intuition, afin de comprendre comment un individu adapte son activité aux particularités des situations rencontrées, prévues ou imprévues. Dans ce modèle cognitif-intuitif, le contact direct avec l'expérience sensible et la capacité de représentation sont considérées comme des ressources complémentaires pour comprendre les capacités d'adaptation. L'ancrage du système cognitif dans l'expérience sensible pourrait alors aider celui-ci à s'orienter de manière pertinente en situation imprévue.

Les médecins généralistes Lot-et-Garonnais ont souvent évoqué des anecdotes mettant en lien gut feeling et pédiatrie. Cela ne nous a pas semblé surprenant dans la mesure où la pédiatrie représente une part importante des consultations de médecine générale. De plus, il règne souvent dans les consultations de pédiatrie une part d'incertitude du fait de symptômes vaguement définis par les enfants survenant dans un contexte fréquent d'inquiétude parentale.

La pédiatrie a été l'objet d'études sur le gut feeling. L'article « Clinician's Gut Feeling about serious infections in children : observational study » (7) met en lumière l'intérêt du gut feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant en l'absence de signes de gravité objectifs. Le gut feeling serait ici défini comme une réponse instinctive du clinicien face à l'apparence générale de l'enfant et à l'inquiétude des parents : « Le gut feeling « quelque chose ne va pas chez cet enfant » même si cela est inexpliqué par l'évaluation clinique chez les médecins de soins primaires a une grande spécificité et une haute probabilité pour les infections sérieuses. »

La thèse de Thomas Pernin, premier travail de recherche français sur la transdisciplinarité du gut feeling aux urgences pédiatriques, propose 13 critères de définition consensuels du gut feeling aux urgences pédiatriques dans le cadre des infections sévères de l'enfant. (13)

Nous avons vu que le gut feeling était souvent mis en lien par les participants avec des douleurs thoraciques au travers de leurs anecdotes.

Il semblerait en effet que le gut feeling soit un outil assez précis dans le cas des douleurs thoraciques. (35) Par ailleurs, l'article de 2009 intitulé « GPs' reasons for referral of patients with chest pain : a qualitative study » (36) montre que les médecins généralistes pensent qu'ils n'utilisent pas exclusivement les signes classiques dans leur procédure de prise de décision pour les patients se présentant avec douleur thoracique. Le contexte, la connaissance du patient, les idées personnelles du médecin et le gut feeling sont aussi importants.

Néanmoins, nous n'avons pas trouvé d'études mentionnant d'autres spécialités médicales utilisant le gut feeling dans leur pratique, hormis celles sus-citées lors des gardes : les pathologies cardiovasculaires, gastroentérologiques ou orthopédiques. (3)

Nous pouvons également mentionner l'étude « prediction scores or gastroenterologists' Gut Feeling for triaging patients that present with acute upper gastrointestinal bleeding » (37) qui compare les scores cliniques de Blatchford et Rockall au gut feeling des gastroentérologues pour l'estimation de la probabilité d'intervention, de la probabilité de l'hémorragie et de la probabilité de mortalité chez les patients présentant une hémorragie digestive haute. Cette étude montre que l'association du gut feeling aux scores cliniques apporte les meilleurs résultats prédictifs.

Le médecin généraliste acquiert au fur et à mesure de sa pratique une certaine expérience qui lui permet par la suite d'être plus apte et plus rapide à reconnaître des signes inquiétants ou certains modèles déjà rencontrés l'amenant à poser plus rapidement un diagnostic correct. Alors qu'il observe et écoute le patient, le clinicien organise automatiquement les informations reçues en des ensembles qui ressemblent à des modèles mentaux (représentations mentales, *pattern recognition*) précédemment acquis. Ces modèles sont donc le fruit de son expérience. « Les intuitions sont souvent basées sur les résultats de "reconnaissance de formes" familières ». (3) Cela correspond à nos résultats à savoir que l'expérience du médecin de situations antérieures modifie son intuition pour les prises en charge à venir.

Un des obstacles pour les participants de notre étude a été de différencier gut feeling et expérience, les deux étant profondément intriqués.

Nous avons trouvé différentes bibliographies sur le gut feeling et l'expérience.

- Certaines attestent que « l'expérience nous permet de croire plus en notre gut feeling ». (3) L'apprentissage et l'expérience médicale ont été cités comme déterminants du gut feeling. Il a été établi que la réflexion pouvait être un moyen de développer le gut feeling et que les jeunes médecins pouvaient passer à côté de leur gut feeling en étant débordés par le flot d'informations données par le patient. (4) Par là même, la population d'internes de premier semestre de médecine générale sélectionnée dans la thèse de C. Volant le Berre n'a reconnu que partiellement le concept de gut feeling. Cela étant en relation avec le rôle de l'expérience dans ce phénomène. La part d'intuition qui existe dans la prise de décision médicale est en lien avec une automatisation du raisonnement suite à l'expérience acquise. (10)
- Selon l'étude de T. Greenhalgh enfin, il semblerait que l'intuition soit une méthode de prise de décision utilisée de façon inconsciente par les médecins expérimentés mais inaccessible aux médecins novices. Cela est argumenté de la façon suivante : le médecin novice adhère de façon rigide aux règles enseignées durant son cursus d'études. Il a une perception de la situation peu développée et ne détient pas de jugement de discernement. Contrairement à lui, le médecin expert ne se repose pas exclusivement sur des règles enseignées, il a une compréhension intuitive des situations. Il possède la compétence pour répondre à des signaux subtils. Il ne bascule vers le système analytique que dans des situations nouvelles ou lorsque des problèmes apparaissent. (26)

Certaines études néanmoins ont établi un lien inverse entre expérience et gut feeling en mettant en avant que l'expérience ne permettait pas de développer le gut feeling du médecin.

Selon les résultats de l'étude Gut Feeling in general practice (2010, Stolper) (28), les médecins généralistes expérimentés rapportent un sens d'alarme en consultation dans 7.4% des cas de l'ensemble des patients qui ont été vus pendant les heures de bureau et les médecins généralistes inexpérimentés dans 11.4%. (3) L'étude pilote 2004 décrivait que « le sentiment *niet plus* était plus ressenti par les médecins en formation ». Cette étude de pédiatrie de 2012 montre que « la valeur diagnostique du gut feeling a peu changé avec l'expérience clinique bien que plus les médecins sont anciens, moins ils ont de probabilité d'éprouver un gut feeling » (7) Il est montré que « les médecins moins expérimentés rapportent plus souvent le gut feeling que leurs seniors, suggérant l'augmentation des diagnostics certains avec l'expérience, ou alors que les représentations déclenchant un gut feeling sont assimilées à des processus de raisonnement diagnostique conscients au fil du temps. Cependant, le pouvoir diagnostique du gut feeling n'est pas meilleur chez les médecins expérimentés que chez les non expérimentés. » (7)

On se rend bien compte ici en analysant la bibliographie combien il est complexe d'établir un lien logique entre l'acquisition d'une certaine expérience et le développement de notre propre gut feeling. Cela va dans le même sens que nos résultats puisque le lien entre intuition et expérience avait posé grand questionnement à nos participants.

Les médecins de notre étude ont appuyé le fait que l'inquiétude de l'entourage était importante à prendre en compte, particulièrement quand les parents relatent que l'épisode actuel de leur enfant est différent de ceux qu'ils ont connus auparavant.

Les données de la littérature sont similaires : « Les cliniciens expliquent que l'intuition est basée sur les conditions de l'enfant, le comportement des parents (...) le sentiment intuitif chez le médecin en soins primaires était aussi fortement influencé par la préoccupation parentale spécifiquement quand la maladie était différente d'une expérience précédente. (...) Cela peut être expliqué par les préoccupations parentales qui encouragent la sensibilité, qui angoissent sur la présence d'une infection sévère même avec un examen clinique rassurant. » (7) De même, le critère 6b de la ronde Delphi de Thomas Pernin va dans le même sens : « Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques. » (13)

Comme nous l'avons vu dans nos résultats, il a été également difficile de distinguer pour les participants connaissances médicales, expérience et gut feeling, le tout formant un ensemble s'articulant parfaitement.

C'est ce qui a été trouvé dans l'article d'E. Stolper de 2011 : « Suite aux données d'une revue de la littérature, il a été montré que la décision médicale était basée sur l'intuition et les connaissances dues à l'expérience. Avec l'expérience, les connaissances augmentent et le raisonnement non analytique est plus souvent utilisé. (1) Les connaissances médicales permettent au médecin de prévenir l'erreur : « Ce qui apparaît de façon sûre, c'est que le manque de connaissance est un important facteur d'erreur diagnostique. Pour réduire l'erreur diagnostique en soins primaires, il faut se focaliser sur une reconnaissance précoce et systématique incluant ce qui a été appelé dans l'étude les "coups évités de justesse" et un renforcement du développement professionnel continu. » (38)

Certains médecins du groupe ont évoqué un lien entre intuition et a priori. Le terme intuition était alors perçu comme un préjugé par les participants. Ils n'ont pas associé ces préjugés aux signes d'alarme comme cela avait été le cas lors de cette étude de 2015. (38) Nous n'avons donc pas retenu ces données qui ne correspondaient pas à la définition du gut feeling.

Nous avons pu nous rendre compte combien les médecins généralistes Lot-et-Garonnais mettaient en avant la première impression qu'ils ressentaient en voyant immédiatement le patient. Dans sa thèse, Thomas Pernin relate aussi l'importance du « first look » : « Quand il a été demandé aux membres du focus group d'expliquer ce qu'était le gut feeling pour eux, ces derniers ont exprimé l'importance du premier moment, du premier regard échangé avec l'enfant. » (13)

Les participants de notre étude ont montré que le gut feeling était le fait de différentes données qui proviennent du patient, de son environnement, des connaissances médicales.

Selon la thèse le « gut feeling chez des médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications » (11), « la connaissance du patient apparaît comme facteur favorisant l'apparition du gut feeling ». Cette donnée est appuyée par cette étude qui montre que les médecins sont en général plus intuitifs avec les patients qu'ils connaissent bien. Pour preuve, il est relaté dans ce texte l'histoire d'un médecin chirurgien qui reçoit un appel d'une famille, inquiète pour leur fille de 3 ans qui présente des diarrhées et un comportement inhabituel. Ce médecin connaissait bien cette famille. Alerté, il interrompt son planning de chirurgie pour aller leur rendre visite et diagnostique

rapidement une méningite à méningocoque. Cette intuition que « quelque chose n'allait pas » a été ressentie au téléphone alors que la famille lui a seulement exposé deux symptômes non spécifiques. (26)

Le but de la revue de la littérature de 2011 a été de montrer que « le gut feeling en médecine générale était basé sur une interaction entre les informations qui émanent du patient et les connaissances du médecin généraliste. » (1) De même, « le gut feeling proviendrait probablement d'un méli-mélo d'informations que nous ne mettons pas tout de suite dans un organigramme formel mais dans notre mémoire associative. On peut ensuite aller soit vers le sens de réassurance soit vers le sens d'alarme. Certaines informations déclenchent le gut feeling. Cela peut être parfois subtil, comme quelque chose dans l'histoire du patient, l'incertitude, une sorte de sentiment général, une combinaison de choses spécifiques. Ainsi, quand quelque chose nous paraît étrange, on continue l'interrogatoire, on approfondit. Cela peut être une histoire inhabituelle pour quelqu'un qui est habituellement toujours en forme. » (3) Par ailleurs, il a été mis en évidence que « les règles de décision étaient basées en grande partie sur des apports subjectifs » (38) Plus encore, « l'intuition serait contextuelle et impliquerait une attention sélective aux petits détails. » (26)

Par là même, il existe de façon indéniable une part affective lors des prises de décision, même si les participants de notre étude ne se sont pas penchés sur ce domaine.

Il a été montré que « les émotions sont les interprétations inconscientes des informations qui émanent de l'environnement, accompagnées par des sensations corporelles et physiques. » (1)

La relation entre l'apparition du gut feeling et les différentes informations émanant de l'environnement du patient et du patient lui-même, de façon plus ou moins consciente, a été source de questionnement. De nombreuses littératures diverses et variées sont intéressantes à ajouter pour nous aider à prendre en compte ce concept.

Selon l'ouvrage « Gut feelings the intelligence of the unconscious » de Gerd Gigerenzer, les intuitions ont une logique fondée sur des raisons. (39) Il relate que « dans la pensée occidentale, l'intuition a d'abord constitué la forme de reconnaissance la plus sûre, pour finir méprisée, considérée comme trop peu fiable pour guider une vie. Il fut un temps où l'on pensait que les anges et les êtres spirituels avaient des intuitions d'une clarté impeccable, supérieures au raisonnement purement humain, et où les philosophes disaient que l'intuition pouvait nous amener à "voir" les preuves évidentes en mathématiques et en morale. Pourtant, aujourd'hui, l'intuition est de plus en plus considérée comme une réaction viscérale, sans lien avec la réflexion, et la certitude angélique a été réduite à un simple

sentiment. En fait, l'intuition n'est ni parfaite, ni stupide (...) elle exploite les capacités évoluées du cerveau et repose sur des méthodes empiriques qui nous permettent d'agir rapidement avec une exactitude étonnante. La qualité de l'intuition tient à l'intelligence de l'inconscient : la capacité de savoir sans réfléchir quelles règles appliquer dans une situation donnée. (...) l'intuition est parfois plus opérante que les raisonnements et les stratégies de calcul plus complexes, et aussi combien elle peut être exploitée et nous égarer. (...) on ne peut s'en passer, sans intuition nous n'irions pas bien loin. » (40)

Certaines littératures mettent en avant les heuristiques. Il s'agit de règles rationnelles approximatives fournissant des réponses satisfaisantes, sans être optimales selon Herbert Simon (1915-2001, économiste et sociologue américain, prix Nobel d'économie en 1978). Il suggère ainsi que les individus utilisent des règles approximatives pour prendre des décisions plutôt que de considérer tous les paramètres d'un problème.

Amos Tversky (Docteur en psychologie) et Daniel Kahneman (psychologue, économiste et Professeur des universités) développent en 1974 l'idée que les individus ne prennent pas toujours leurs décisions de manière rationnelle. En effet, selon eux, les individus utiliseraient des raccourcis cognitifs appelés les heuristiques, qui sont des opérations mentales intuitives, rapides et automatiques. Les heuristiques peuvent apparaître quotidiennement et par habitude dans la prise de décision en permettant un gain de temps notamment dans les situations d'incertitude. Ces auteurs sont à l'origine des heuristiques de jugement qui comprennent les heuristiques de représentativité, de disponibilité, d'ancrage et d'ajustement. Cependant, leur mise en œuvre peut aboutir à des biais. (41)

L'heuristique de représentativité consiste à « estimer la probabilité d'appartenance d'un objet à une classe d'objets à partir de sa ressemblance avec un cas prototypique de cette classe ». L'heuristique de représentativité serait aussi utilisée pour catégoriser socialement les individus en fonction de leur ressemblance avec les stéréotypes caractérisant ces catégories.

L'heuristique de disponibilité a pour nature de « juger la fréquence ou la probabilité d'un événement en fonction de la facilité avec laquelle on peut se remémorer des exemples de cet événement ». Ce phénomène est expliqué par le fait que les individus se rappellent mieux des exemples d'événements très fréquents que des exemples d'événements peu fréquents. (41)

Le participant 5 mettait en avant que les sens nous influençaient dans notre prise de décision. Il a énoncé principalement les sens auditif et visuel. Cela a bien été étudié par la Programmation Neuro-Linguistique (PNL) qui est un mode de compréhension des réalités psychologiques observables dans le comportement. (42)

La PNL, est née en Californie dans les années 70, de la rencontre de Richard Bandler, étudiant en mathématiques et informatique, et de John Grinder, Professeur de linguistique. (43) Ensemble, ils définissent la PNL comme « l'étude de la structure de l'expérience subjective ». (44) Ils établissent plusieurs types de « filtres » qui influencent la perception du monde ainsi que les actions qui vont en découler. Les premiers sont appelés « filtres neurologiques » et représentent les cinq sens. Ils constituent en PNL le « système de représentation ». Viennent s'ajouter les « filtres culturels » comprenant les mythes, les valeurs et les croyances. Et enfin les « filtres personnels » qui englobent l'histoire de vie de chaque personne, son milieu social, son éducation, les influences exercées par son entourage, les expériences vécues. Cela impacte sur la façon d'interpréter la réalité. (45)

On peut donc voir ici qu'en effet, nous sommes influencés par des informations qui émanent de l'environnement et interagissent avec notre propre représentation du monde. Les participants ont également cité la communication non verbale comme jouant un rôle dans leur prise de décision.

La PNL distingue trois types de langage observables en communication : le langage verbal (les mots), le langage para-verbal (le ton de la voix) et le langage non verbal (l'expression corporelle). L'art de l'observation réside dans la capacité à relever les signes subtils du langage du corps et du ton de voix d'une personne. (46)

On comprend donc que pour les médecins généralistes Lot-et-Garonnais, il serait plus facile de résoudre un cas clinique « sur papier » que dans la vie réelle. En médecine générale, c'est au médecin de « déjouer les pièges », d'avoir l'intuition de pousser dans une certaine direction la prise en charge alors que dans un cas clinique, il serait évident de faire telle ou telle prise en charge. Cela n'a pas été évoqué dans la littérature.

Les médecins de notre étude ont vu le gut feeling comme un élément supplémentaire, prenant place sur une démarche médicale scientifique et rigoureuse. Certains ont réalisé que même si l'Evidence Based Medicine améliorerait sans conteste la prise en charge du patient, parfois, il ne suffisait pas pour les situations particulières de certains patients. Il a été montré que les médecins étaient plus intuitifs avec les patients qu'ils connaissaient bien alors que des situations inhabituelles les font basculer vers des approches plus rationnelles. (26)

En effet, une constante interaction entre les systèmes de pensée analytique et non analytique intervient dans le cheminement de pensée du médecin. Comme nous l'avons vu précédemment, le système analytique est un système lent, basé sur les preuves, rationnel alors que le système non analytique est intuitif, automatique, rapide et sans effort.

« Pendant la consultation, les procédés analytiques et non analytiques interfèrent constamment et déterminent la « course » de pensée du médecin et de ses actions. Le raisonnement clinique d'un médecin expérimenté permet de faire des diagnostics rapides et efficaces de situations complexes mais peut être lent et on peut basculer vers le raisonnement analytique quand l'approche automatique n'est pas suffisante pour expliquer la situation du patient ou quand notre sens d'alarme intervient. » (3)

Ainsi, selon Sir Peter Medawar (1915-1987), biologiste britannique, prix Nobel de médecine en 1960, il y a une partie de la médecine fondée sur les preuves (« la science ») et une partie basée sur l'interprétation subjective de l'histoire du patient (« l'art »). Il distinguait donc l'Evidence Based Medicine de l'intuition : « s'il y a un grand et profond élément scientifique dans la pratique de la médecine, il y a aussi un art indéfinissable, un aperçu de l'imagination et la médecine naît d'un mariage entre les deux » (26)

De par sa capacité à prendre des décisions dans un temps limité et parce qu'il n'a pas à disposition les examens complémentaires nécessaires à la pose immédiate d'un diagnostic, le médecin généraliste est fréquemment confronté à des situations d'incertitude. (47)

L'incertitude est définie comme « l'état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre, ou état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine. » (48)

Comme le souligne M. Lorenzo dans sa thèse, « l'incertitude est une partie constituante de la médecine générale ». (31)

Ainsi, il a été mis en évidence que le médecin généraliste ne pouvait aboutir à un diagnostic de maladie que dans 30% des cas. (49)

Il semble donc établi que la gestion de l'incertitude appartient aux compétences du médecin généraliste (50). Les participants ont mis en évidence que l'intuition apparaissait en cas d'incertitude notamment dans des situations complexes.

Il s'avère que les données de la littérature vont dans la même direction.

Il apparaît que « le gut feeling est un support pour le raisonnement diagnostique. Dans l'incertitude diagnostique, il peut contribuer à la prise de décision chez les médecins généralistes en jouant le rôle de compas dans des situations complexes et incertaines. » (6) Il a été décrit que « l'intuition aide le clinicien pour décider dans les situations complexes » (1) Plus précisément, « le gut feeling agit comme

un compas dans les situations d'incertitude et la majorité des médecins généralistes ont confiance en ce guide. » (28) Cela est semblable avec le fait que « le gut feeling est un outil utile dans le raisonnement diagnostique, surtout dans les situations de diagnostic incertain. » (3) Dans sa thèse, Mathieu Lorenzo évoque l'implication du gut feeling dans la tolérance des médecins généralistes face à l'incertitude. (31) Celle de Thomas Pernin relate qu'un critère a été retenu de l'ensemble des participants lors de la ronde Delphi : « Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude » (critère 14) (13) Devant l'incertitude des diagnostics en médecine générale (51), une approche de type « gilet de sauvetage » a été élaborée. (52)

Le but des médecins dans les situations d'incertitude est d'éviter une perte de chance à leur patient. Ils font donc une estimation du risque. Parfois, l'estimation de ce risque se fait au moyen de phénomènes intuitifs. (31)

La définition de l'erreur diagnostique est la suivante : un diagnostic qui est inintentionnellement retardé, faux ou manqué.

Une revue systématique de l'erreur diagnostique en soins primaires au Royaume-Uni a montré une grande proportion de fautes professionnelles des médecins généralistes. « Sur 1000 réclamations contre des médecins généralistes au Royaume-Uni, 631 étaient pour des retards diagnostiques. » (38)

Le gut feeling pourrait avoir un rôle dans l'évitement des erreurs puisque « le sens d'alarme serait un outil de prévention des erreurs diagnostiques » (35)

Les médecins généralistes Lot-et-Garonnais se sont montrés soucieux quant à éviter la perte de chance de leurs patients et c'est par là même que le gut feeling pouvait trouver sa place et son importance. Cela rejoint les données de la littérature.

Ils ont par ailleurs montré leurs craintes quant à la peur d'un procès, dans ce contexte d'incertitude et d'estimation du risque pour un patient.

De la bibliographie a été trouvée concernant à la fois le judiciaire et le gut feeling :

Il semblerait que les tribunaux européens aient parfois accordé une place au gut feeling dans certains procès. Le sens d'alarme, qui est une forme de gut feeling, joue parfois un rôle dans les décisions publiques des tribunaux disciplinaires médicaux des Pays-Bas. Le sens d'alarme a été référé comme un outil diagnostique pour évaluer la situation du patient, bien que les jugements indiquent qu'il doit être suivi par plusieurs étapes diagnostiques en accord avec les standards professionnels.

Le rôle du gut feeling dans les décisions des tribunaux disciplinaires en Europe n'est pas clair mais le sens d'alarme comme outil diagnostique peut être pris au sérieux par les tribunaux disciplinaires allemands. (9)

D'autre part, le participant 1 a raconté avoir été un peu pris de haut par un urgentiste pour avoir adressé son patient aux urgences pour suspicion d'infarctus sur une intuition.

La littérature montre qu'il est parfois délicat pour les médecins d'assumer leur gut feeling.

« Il semblerait que certains enfants soient envoyés aux urgences pédiatriques par d'autres praticiens sur leur gut feeling mais que ces derniers ne l'assument pas pleinement dans leur lettre de demande de prise en charge. Les urgentistes du groupe préféreraient plus de transparence et comprendraient certains transferts sur critères de « gut feeling. » (13) Dans sa thèse, Anne-Cécile Andro de Schotten affirme que certains médecins craignent l'avis de leurs confrères spécialistes en cas d'admission de leur patient sur les seuls critères de gut feeling. (8)

On se rend bien compte qu'il est difficile pour certains médecins, par crainte d'être jugés par leurs pairs, de mettre en avant l'intuition d'un diagnostic ou d'une prise en charge. Dans son livre, Gerd Gigerenzer pense que beaucoup de médecins utilisent l'intuition sans forcément en avoir conscience. « Ma propre conviction est que les médecins utilisent déjà des méthodes empiriques simples mais se refusent à l'admettre, par peur de poursuites judiciaires. Ils les utilisent sans le savoir, ou secrètement, ce qui ne leur permet guère d'en tirer des enseignements. La solution que je propose est de transformer en sciences les décisions intuitives, d'en débattre ouvertement, de relier aux preuves existantes et de former ensuite les étudiants en médecine à leur usage. » (53)

Cette étude suggère également que les médecins ne se réfèrent pas à leur intuition : « Les cliniciens à travers l'Europe mentionnent le gut feeling dans leur pratique quotidienne. Nos observations suggèrent que la valeur diagnostique dans la réponse intuitive est souvent écartée. » (7)

La thèse d'Anne-Cécile Andro de Schotten considère que « le gut feeling pourrait donc être un bon élément de prévention de l'erreur, à condition de l'accepter » (8)

B. Apport positif du gut feeling

Les médecins généralistes Lot-et-Garonnais ont énuméré les apports positifs du gut feeling pour leur pratique quotidienne. Ils ont montré que ce sentiment leur permettait d'aller plus vite en ayant un raisonnement non analytique sans que toutefois ce raisonnement ne soit figé puisqu'ils ont évoqué le fait de pouvoir revenir en arrière dans leur prise en charge.

D'autres études ont mis en évidence l'automatisme du gut feeling qui « peut, dans la routine et les cas complexes, émerger automatiquement durant une interaction avec le patient et peut guider la procédure diagnostique. » (3)

Les participants des focus group ont exposé le fait de se réveiller la nuit en étant alerté « comme un flash » par une situation. Nous avons intégré ces données à la définition du sentiment d'alarme dans nos résultats.

Les néerlandais n'avaient pas démontré ce type d'idée dans leurs études.

Les médecins de notre étude se sont majoritairement reconnus dans la définition néerlandaise du sens d'alarme à savoir le sentiment que quelque chose ne va pas chez leur patient sans que le médecin ait des arguments objectifs à l'examen clinique pour pouvoir l'affirmer, une méfiance envers la situation du fait de l'incertitude du pronostic de l'affection, le besoin d'une intervention afin de prévenir de sérieux problèmes de santé.

Le gut feeling a été vu par la majorité des participants comme une valeur positive ajoutée notamment pour le sens d'alarme qui encourageait les médecins à aller plus loin dans leur approche diagnostique et dans leur prise en charge globale du patient.

C'est ainsi que la thèse « Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur » (8) souligne la valeur positive du gut feeling : « Le concept de gut feeling s'intègre au raisonnement expert et pourrait bien être vu comme un moyen préventif de l'erreur dans sa composante « sens de l'alarme ». »

L'apport positif du gut feeling se retrouve aussi ici : « L'association observée entre le gut feeling et les marqueurs cliniques d'une infection sérieuse signifie que par le reflet de la genèse de leur gut feeling, les cliniciens sont capables d'aiguiser leurs compétences cliniques. » (7)

De plus, « le gut feeling est un élément vital qui peut guider la procédure diagnostique quand le médecin hésite entre plusieurs options comme observer et attendre ou intervenir. » (3)

Les médecins généralistes des focus groups ont bien reconnu le sens d'alarme. Il semblerait donc qu'il s'agisse d'un sentiment commun à la pratique de médecine générale comme le fait ressortir cette étude de 2011, fondée sur une enquête auprès de 128 médecins généralistes européens. Elle montre que « le sens d'alarme est un phénomène familier dans la pratique de médecine générale en Europe. Dès lors, il est décidé d'utiliser le terme de « gut feeling » pour les recherches ultérieures. » (30)

Les participants l'ont fréquemment associé, tout au long de leurs anecdotes, avec un sentiment de gravité. Ils ont souligné l'intérêt de ne pas négliger ce sens d'alarme quand il vient à eux.

Cela va dans le même sens que l'étude de 2012 : « Le gut feeling « quelque chose ne va pas chez cet enfant même si cela est inexplicable par l'évaluation clinique » chez les médecins de soins primaires a une grande spécificité et une haute probabilité pour les infections sérieuses. Il s'agit d'une réponse instinctive des cliniciens qui se base sur les dires des parents et l'apparence de l'enfant. (...) Il ne doit donc pas être ignoré mais utilisé dans la prise de décision. » (7)

Dans l'étude « Validating a decision tree for serious infection: diagnostic accuracy in acutely ill children in ambulatory care » (54), il a été montré que « la sensibilité et la spécificité de détection d'une infection sévère chez un enfant se présentant pour une pathologie aiguë est supérieure chez le médecin généraliste. »

Enfin, « le sens d'alarme a été défini comme un sentiment alarmant qui permet de distinguer l'urgent du non urgent ». (4)

Les participants ont mis en exergue le fait qu'ils ressentaient parfois que quelque chose n'allait pas avec leur patient, un certain malaise, sans forcément avoir une impression de gravité. Cela a été mis en lien avec le « *niet pluis* » néerlandais autrement dit le « ça cloche ».

« Les médecins généralistes utilisent l'expression « quelque chose ne correspond pas » pour manifester leur sens d'alarme. Ils décrivent un processus non analytique dans leur prise de décision qui est différent tout à chacun. » (32)

Nous avons vu que ce sentiment que « quelque chose cloche » chez leur patient les amène parfois à pousser les examens complémentaires ou à demander un avis spécialisé.

« Un gut feeling inexplicable est un signe diagnostique important et une bonne raison pour rechercher l'opinion de quelqu'un avec plus d'expertise ou d'examens de revues de pédiatrie (...) avoir un gut

feeling « alarmant » amène le médecin à faire trois choses obligatoires : l'exécution d'un examen complet et prudent, la recherche de conseils auprès des médecins plus expérimentés et prévenir les parents avec des conseils prudents pour qu'ils agissent comme un « filet de sécurité ». » (7)

Les participants de notre étude ont placé le sens de réassurance au second plan comparativement au sens d'alarme, l'évoquant nettement moins dans leurs anecdotes. Nous pouvons peut-être expliquer cela par le fait que les médecins des focus group ont l'impression que rien ne les rassure totalement. Ce sentiment d'inquiétude permanente n'a pas été retrouvé tel quel dans la littérature. Néanmoins, le critère 5 de la ronde Delphi de Magali Coppens expose le fait que l'assurance du médecin concernant son sens de réassurance est « provisoire, temporaire, car il doit garder une attitude de prudence indispensable afin de revenir sur sa position au moindre doute. » (55)

Les médecins Lot-et-Garonnais ont déjà éprouvé un sentiment de réassurance concernant l'état de santé de leur patient même s'ils n'ont pas utilisé le terme de « sécurité », cité à maintes reprises dans les études, en évoquant ce sentiment.

Ce sont les néerlandais qui avaient initialement défini le « *pluis* », traduit mot à mot comme « duvet » comme sentiment de sécurité. Cela est en accord avec la définition du sens de réassurance qui est un « sentiment de sécurité qui survient même en cas d'incertitude diagnostique. Le médecin est sûr de son pronostic car « tout colle ». » (27)

Le « 6e sens réassurance » est défini par une impression de sécurité pour la suite de la prise en charge du patient, même si le diagnostic n'est pas clairement établi : « *tout colle* ». (25)

Le sens de réassurance des participants s'est manifesté par le sentiment que leur patient ne nécessitait pas une prise en charge urgente. Ce critère d'urgence n'a pas été cité dans la littérature mais nous pouvons concevoir qu'il s'agit d'un critère implicite du sens de réassurance sus-défini.

Les participants ayant éprouvé ce sentiment de réassurance disent ne pas aller vers la prescription d'examens complémentaires. Cela est confirmé par le critère 6 de la ronde Delphi de la thèse de Magali Coppens : « « Ça colle » implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement. » (55)

Les médecins qui ont un sentiment de réassurance envers leur patient pensent qu'il est possible de temporiser en le réévaluant par exemple à posteriori. Mathieu Lorenzo met en effet en avant dans sa thèse (31) le facteur temps qu'il dit « primordial dans cette logique de tolérance à l'incertitude. Le contexte doit permettre la tolérance à l'incertitude : le médecin doit pouvoir offrir une nouvelle consultation en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes. »

Les participants n'ont pas évoqué le fait que leur sens d'alarme initial pouvait progressivement se transformer en sentiment de réassurance au fur et à mesure de la consultation. Cela avait été montré dans l'étude d'E. Stolper : « Le sens d'alarme est souvent remplacé par un sens de réassurance » (27) et dans la thèse de Thomas Pernin : « Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant. » (13)

Dans la partie résultats, nous avons vu que le médecin pouvait parfois compléter une prise en charge pour se rassurer ou pour rassurer l'entourage du patient. Il peut ainsi en venir à prescrire des examens afin de confirmer son sens de réassurance pour son patient. Nous pouvons cependant nous demander si cela est réellement le sens de réassurance du gut feeling à proprement parler ou plutôt la prise en charge banale d'un médecin peu sûr de lui qui préfère argumenter par des preuves son instinct de réassurance. En effet, le gut feeling dans sa composante « sens de réassurance » amène un sentiment de sécurité pour son patient, de confiance en sa bonne évolution, de sûreté envers son pronostic. (56) Nous avons donc décidé de ne pas faire rentrer cette définition du sens de réassurance dans celle du gut feeling.

C. Une certaine méfiance envers le gut feeling

Certains médecins de notre échantillon ont émis de la réserve face au gut feeling, éprouvant de la méfiance envers ce sentiment, le trouvant parfois dangereux.

La littérature a aussi montré que certains médecins se méfiaient de leur gut feeling qu'ils considéraient comme non scientifique. (26)

D'autres que nous se sont demandés si l'on pouvait se fier à notre gut feeling.

Dans la préface de son livre, Gerd Gigerenzer met en exergue le fait que « la société ne cesse de réprimer l'intuition. Nous, les Européens et particulièrement nous, les Français nous avons construit notre monde sur la supériorité de la raison. » (57)

Freud a dit qu'il est « illusoire d'attendre quoi que ce soit de l'intuition ». « Nos systèmes éducatifs attachent de la valeur à tout sauf à leur l'intuition. L'intuition est mystérieuse et inexplicable. » (58)

Les dires de certains participants sur les erreurs dues à de fausses intuitions n'ont pas réellement été mis en évidence dans la littérature.

Ainsi, selon cette étude, les fausses alarmes existent mais permettent au médecin d'être plus alerte sur les autres cas : « se baser sur le gut feeling a le potentiel de prévenir deux sur six des cas qui ont été oubliés (33 %) au prix de 44 fausses alarmes (1.3%) » (7)

Anne-Cécile Andro de Schotten, dans sa thèse voit même le gut feeling comme « un moyen préventif de l'erreur dans sa composante « sens de l'alarme ». Elle donne un « cadre conceptuel complet au gut feeling (...) et montre son intérêt dans le cadre de la consultation de médecine générale : éviter l'erreur. » (8)

Les participants de notre étude ont montré que se focaliser sur l'intuition pouvait être source d'erreur. Les études ont surtout montré que ne pas se fier à son gut feeling pouvait entraîner des erreurs : « L'ignorance du gut feeling amène à faire des erreurs ». (38)

CONCLUSION

La perception du gut feeling a été particulière à chaque participant. Ce sentiment a été reconnu par l'ensemble des participants des deux focus groups mais il a été très délicat pour eux de la définir clairement.

Sa principale manifestation était « une musique tournant en boucle dans la tête », cela n'ayant pas été évoqué dans d'autres études.

Selon les participants, des médecins d'autres spécialités médicales étaient également susceptibles d'éprouver ce sentiment comme la pédiatrie, la médecine interne ... Les conditions de travail hors des horaires d'ouvertures habituelles entraînaient plus fréquemment un gut feeling.

Un lien très étroit, parfois inconscient, a été trouvé entre le gut feeling, l'expérience et les connaissances médicales, la connaissance du patient et l'interprétation de sa communication non verbale, l'inquiétude de l'entourage du patient et du patient lui-même. Le gut feeling pourrait donc résulter de l'accumulation d'informations diverses et inconscientes ce qui nous laisse également penser que la prise de décision du médecin généraliste pour son patient découle de multiples éléments divers et variés.

Le gut feeling s'était surtout imposé dans les situations d'incertitude de médecine générale notamment dans les cas complexes.

Le gut feeling a été reconnu comme étant une valeur positive supplémentaire pouvant être pris comme un outil, une aide au diagnostic. Le sens d'alarme avait une place prépondérante dans le discours des participants alors que le sens de réassurance était mis en évidence de façon plus discrète, en lien avec le fait que les médecins ne semblaient jamais être rassurés.

Le gut feeling a néanmoins parfois été qualifié de dangereux par certains participants, notamment du fait de son irrationalité au regard d'un cursus médical très EBM. Certains médecins ont pris le parti de s'en méfier afin d'éviter ce qu'ils appellent les « fausses intuitions ».

Même si certains éprouvent une méfiance envers ce sentiment, on peut dire en se basant sur les perceptions des médecins généralistes Lot-et-Garonnais, qu'il semble être pertinent de ne pas le négliger et de l'utiliser comme un outil supplémentaire, ce dernier pouvant être une plus-value quant à la prévention de l'erreur diagnostique.

Ce travail constitue donc une réflexion sur la complexité de la prise de décision en médecine générale. Des outils performants sur l'utilisation du gut feeling comme aide dans la prise de décision seraient à développer en ce sens.

Nous pourrions également approfondir la façon dont le gut feeling pourrait s'intégrer à l'EBM dans la prise en charge globale du patient. Le gut feeling y serait intégré comme variable d'ajustement centrée sur le patient dans un cadre établi de données de la science permettant une prise en charge personnalisée et adaptée à chaque patient.

L'hypothèse d'un enseignement du gut feeling a été évoquée dans plusieurs travaux.

Peut-être pouvons-nous envisager de commencer par intégrer au sein des groupes de pairs des discussions sur le gut feeling, afin d'ouvrir la voie à des partages d'expérience entre pairs ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med.* févr 2011;26(2):197-203.
2. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de décision. Disponible à: <http://www.cnrtl.fr/definition/decision>
3. Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Hendriks RHM, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, et al. How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* mai 2015;20(2):499-513.
4. Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, Van de Wiel M, Van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract.* 2009;10:17.
5. Le Reste J-Y, Coppens M, Barais M, Nabbe P, Le Floch B, Chiron B, et al. The transculturality of « gut feelings ». Results from a French Delphi consensus survey. *Eur J Gen Pract.* déc 2013;19(4):237-43.
6. Stolper CF, Van de Wiel MW, De Vet HC, Rutten AL, Van Royen P, Van Bokhoven MA, et al. Family physicians' diagnostic gut feelings are measurable: construct validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract.* 2013;14:1.
7. Bruel AV den, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ.* 25 sept 2012;345:e6144.
8. Andro de Schotten AC. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bretagne Occidentale; 2011.
9. Stolper E, Lagemaate J, Dinant GJ. How do disciplinary tribunals evaluate the « gut feelings » of doctors? An analysis of Dutch tribunal decisions, 2000-2008. *J Law Med.* sept 2010;18(1):68-75.
10. Volant Le Berre C. Décision médicale et incertitude place de l'expérience : Etude du Gut feeling chez les internes du premier semestre de médecine générale par procédure Delphi. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bretagne Occidentale; 2011.
11. Chipeaux E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications ». [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bretagne Occidentale; 2011.
12. Zanitti N. Le « Gut feeling » en médecine générale : validation d'un consensus chez les enseignants cliniciens ambulatoires du département universitaire de médecine générale de Brest. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bretagne Occidentale; 2010.
13. Pernin T. Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques français : Etablissement d'un consensus national. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris Diderot-Paris 7; 2016.
14. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;(84):142-5.
15. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor.* 2012. p. 36.
16. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer.* 2011;(99):170-7
17. Marty L, Vorilhon P, Vaillant Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. *Exercer.* 2011;(98):129-35.
18. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L. Méthode de recherche : s'approprier la méthode

- du focus group. *Rev Prat-Médecine Générale*. 15 mars 2004;18(645):382-4.
19. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 22.
 20. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 6.
 21. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 13.
 22. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 118.
 23. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 42.
 24. Attal Vidal C, Irribarne P. Focus groups mode d'emploi. *Afnor*. 2012. p. 76-7.
 25. Cadier S, Le Reste J-Y. Etablissement d'un programme de recherche sur le « gut feeling » ou 6ème sens en médecine générale ? *Exercer*. 2008;(83 suppl 2):70S - 1S.
 26. Greenhalgh T. Intuition and evidence: uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mai 2002;52(478):395-400.
 27. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009;10:66.
 28. Stolper E. Gut Feelings in General Practice. Maastricht University; 2010. Disponible à : <http://www.gutfeelings.eu/>
 29. Katkin ES, Wiens S, Ohman A. Nonconscious fear conditioning, visceral perception, and the development of gut feelings. *Psychol Sci*. sept 2001;12(5):366-70.
 30. Stolper E, van Royen P, Dinant GJ. The « sense of alarm » ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *Eur J Gen Pract*. juin 2010;16(2):72-4.
 31. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg; 2013.
 32. Hauswaldt J, Kruschinski C, Hummers-Pradier E. "Something doesn't fit in here!". Sensation of alarm and clinical decision making. 2006.
 33. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*. 1 janv 2012;2(1):e000414.
 34. Bourgy M. L'adaptation cognitive et l'improvisation dans les environnements dynamiques : pour une intégration de l'expérience sensible dans les modèles de l'activité experte. [Thèse de Doctorat en Psychologie]. Paris 8; 2012.
 35. Barais M, Barraine P, Scouarnec F, Mauduit AS, Le Floc'h B, Van Royen P, et al. The accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or thoracic pain: protocol for a prospective observational study. *BMJ Open*. 2015;5(3):e006810.
 36. Bruyninckx R, Bruel AV den, Hannes K, Buntinx F, Aertgeerts B. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 31 juill 2009;10:55.
 37. De Groot N, Van Oijen M, Kessels K, Hemmink M, Weusten B, Timmer R, et al. Prediction scores or gastroenterologists' Gut Feeling for triaging patients that present with acute upper gastrointestinal bleeding. *United Eur Gastroenterol J*. juin 2014;2(3):197-205.
 38. Balla J, Heneghan C, Goyder C, Thompson M. Identifying early warning signs for diagnostic errors in primary care: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 janv 2012;2(5):e001539.
 39. Gigerenzer G. Gut feelings the intelligence of the unconscious. Dans: *Le Génie de l'intuition : intelligence et pouvoirs de l'inconscient* [Gut feelings the intelligence of the unconscious]. Belfond. 2009. p. 243.
 40. Gigerenzer G. Gut feelings the intelligence of the unconscious. Dans: *Le Génie de l'intuition : intelligence et pouvoirs de l'inconscient* [Gut feelings the intelligence of the unconscious]. Belfond. 2009. p. 286.
 41. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*. 27 sept 1974;185(4157):1124-31.
 42. Cucicio C. Comprendre la PNL, la Programmation Neuro Linguistique. Eyrolles. 2006.
 43. Sarazin M. S'initier à la PNL, les fondements de la programmation neurolinguistique. ESF Editeur. 2011. p. 17.
 44. Sarazin M. S'initier à la PNL, les fondements de la programmation neurolinguistique.

- ESF Editeur. 2011. p. 20.
45. Sarazin M. S'initier à la PNL, les fondements de la programmation neurolinguistique. ESF Editeur. 2011. p. 25.
46. Sarazin M. S'initier à la PNL, les fondements de la programmation neurolinguistique. ESF Editeur. 2011. p. 75.
47. Société Française de Médecine Générale: La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours [Internet]. Disponible à: http://www.sfmng.org/publications/les_theses/la_notion_de_risque_lie_a_l_incertainitude_diagnostique_en_medecine_de_premier_recours.html
48. Larousse É. Définitions : incertitude - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertitude/42222>
49. Société Française de Médecine Générale: Démarche diagnostique [Internet]. Disponible à: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/
50. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010. 155 p.
51. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009;338:b946.
52. Almond S, Mant D, Thompson M. Diagnostic safety-netting. *Br J Gen Pract*. 1 nov 2009;59(568):872-4.
53. Gigerenzer G. Gut feelings the intelligence of the unconscious. Dans: *Le Génie de l'intuition: intelligence et pouvoirs de l'inconscient* [Gut feelings the intelligence of the unconscious]. Belfond. 2009. p. 213.
54. Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraef T, De Sutter A, Aertgeerts B, Bullens DMA, et al. Validating a decision tree for serious infection: diagnostic accuracy in acutely ill children in ambulatory care. *BMJ Open*. 2015;5(8):e008657.
55. Coppens M. Le 6ème sens en médecine générale: validation d'un consensus néerlandais. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bretagne Occidentale; 2009.
56. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Le Reste J-Y. L'intuition en médecine générale: validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exercer*. 2011;(95):16-20.
57. Gigerenzer G. Preface. Dans: *Gut feelings the intelligence of the unconscious*. Belfond. 2009.
58. Gigerenzer G. Première partie: l'Intelligence inconsciente. Dans: *Le Génie de l'intuition: intelligence et pouvoirs de l'inconscient* [Gut feelings the intelligence of the unconscious]. Belfond. 2009. p. 35.

ANNEXES

Annexe 1

Voici la fiche qui était remise à chaque participant au début de chaque focus group. Il leur était laissé un temps pour la remplir.

Fiche de présentation des participants au focus group : (les données seront anonymisées)

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) :
- Nombre d'années d'exercice :
- Mi-temps ou temps plein :
- Cabinet de groupe ou individuel : nous ne l'avons pas utilisé au final
- Remplaçant (oui/non) :
- Carrière universitaire (oui/non) :
- Pouvez-vous définir ce qu'est le gut-feeling ?

Annexe 2

Guide d'entretien

Introduction : nous travaillons sur le thème de l'intuition en médecine générale. Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous des anecdotes à nous soumettre de votre expérience d'intuition dans la pratique de médecine générale ?

- Cela vous a-t-il amené à réaliser des prescriptions/investigations plus poussées ?
- Pensez-vous que votre prise de décision aurait été différente par exemple si vous aviez eu à la prendre "sur le papier" (cas clinique) ?
- Est-ce que cette prise de décision vous a paru étonnante à posteriori ?

Considérez-vous cette intuition comme un apport positif dans votre pratique de médecine générale ou au contraire comme un frein et pour quelles raisons ?

- Vous arrive-t-il souvent de faire confiance à cet instinct ?
- En quoi cela pourrait-il être un apport bénéfique à votre pratique ?
- Au contraire, en quoi cela vous influencerait-il négativement dans votre pratique ?

De par les situations complexes et les plaintes vagues des patients, les médecins généralistes sont souvent contraints de prendre des décisions dans un climat d'incertitude. Certains reconnaissent que parfois, l'intuition les pousse à orienter leur consultation vers une issue initialement non déterminée. Cette intuition que vous décrivez bien a été définie par les néerlandais sous le nom de gut feeling. Il s'agit d'un sentiment intuitif, viscéral qui s'impose à nous au cours de la consultation. Deux sentiments opposés peuvent apparaître : le sens de réassurance qui est défini comme un sentiment de sécurité. Le médecin est alors sûr du pronostic et de sa prise en charge sans avoir de diagnostic bien établi : on peut le traduire par un « tout colle » et le sens d'alarme qui est perçu comme un malaise par le médecin qui a l'impression que « quelque chose cloche » alors qu'il n'y a aucun élément objectif pour étayer cette sensation. Il perçoit intuitivement qu'une intervention est nécessaire afin de prévenir la survenue de graves problèmes de santé pour le patient traduit par « Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond, qui cloche ».

- Quel est votre avis sur cette définition ?
- Est-ce que cela correspond aux sentiments intuitifs évoqués auparavant ou ce concept vous semble-t-il trop abstrait et plutôt de définition universitaire ?

Quelle est selon vous l'importance du gut-feeling en médecine générale (par rapport aux autres spécialités notamment) ?

- Pensez-vous que le non suivi des recommandations de bonne pratique soit dû au gut-feeling ?

Temps libre : Y a-t-il des choses que nous n'avons pas abordé dont vous souhaiteriez nous faire part ?

Annexe 3

Anecdotes des participants concernant l'intuition

Les participants avaient peu d'anecdotes à raconter, notamment du fait que l'intuition est un phénomène rare. Néanmoins, il en ressort quelques exemples. Je détaillerai principalement ceux qui ne l'ont pas été totalement fait dans les chapitres précédents.

Le participant 12 a raconté l'histoire d'un patient qu'il suivait auparavant mais qui avait consulté un autre médecin traitant pour un syndrome pseudo grippal au retour du Chili, évoluant depuis 15 jours, étiqueté grippe.

Devant l'absence d'amélioration sous traitement symptomatique, le patient consulte à nouveau mais cette fois le participant 12. Le médecin a alors l'intuition de faire une sérologie VIH chez ce patient avec une grippe traînante : « Et moi je connaissais le coco un peu avec ses mœurs particulières et il vient me voir donc 15 jours après en me disant *écoutez ça fait 15 jours que j'ai la grippe ça fait quand même un petit peu longtemps*, et je lui dis *ouais effectivement ouais*.

Mais j'aurais vu la première fois j'aurais dit c'est la grippe mais le connaissant ... donc j'ai demandé une sérologie pour le VIH et effectivement, ma seule séroconversion primo-infection pour le VIH mais bon, comme tu dis c'est parce qu'on connaît le patient. »

Ce médecin est diplômé pour le suivi des patients VIH. Il a donc une certaine habitude à penser au VIH quand d'autres médecins moins expérimentés n'y pensent pas.

Mais néanmoins, une part d'intuition pour le diagnostic de ce patient ne peut être éliminée. On se rend bien compte ici qu'intuition, connaissance du patient, expérience de la pratique du VIH sont étroitement liées.

Le participant 1 nous a fait part une anecdote sur une douleur thoracique :

« J'ai eu une douleur thoracique, il y a pas très longtemps, d'un patient coronarien qui avait déjà fait un infarctus qui était stenté et qui vient me voir de temps en temps pour des douleurs de parois comme ça, et il avait eu une épreuve d'effort récemment, il y a 2-3 mois, et là objectivement j'avais rien de plus que ce que j'avais d'habitude, (...) je lui ai pas fait d'électro parce que j'avais pas envie de me retrouver avec un électro normal, donc je l'ai envoyé aux urgences de Nérac, il a été pris un peu de haut par l'urgentiste qui lui a fait un électro qui était normal et une troponine qui était positive , et j'ai eu, enfin après, moi je sais pas si c'est l'intuition mais (...) il m'avait déjà fait ça il y a 10 ans, il y a 10 ans déjà il m'avait fait un espèce de malaise vagal au travail, un truc et bon il se trouvait qu'il faisait un infarctus inférieur et donc est que c'est l'expérience du premier épisode ou est-ce que c'est je sais pas ! »

On voit ici qu'expérience d'une situation antérieure, connaissances du patient et de son terrain, intuition de gravité rentrent en ligne de compte pour la prise en charge de ce patient.

Le participant 13 nous a apporté une anecdote :

« Moi je pense peut être à un exemple. Une fois où j'ai été appelé par un patient qui me dit qu'il avait mal aux dents, il sortait d'hospitalisation, il avait appelé le 15, on lui avait dit que c'était une mycose quand il lui a dit qu'il avait mal aux dents, et je ne sais pas pourquoi j'ai demandé des enzymes cardiaques et il avait une troponine à 10. Mais je pense pas que c'était de l'intuition. C'est parce que je connaissais ce patient, je savais qu'il n'appelait pas pour rien et que s'il me disait qu'il était pas bien, qu'il se sentait pas bien, il avait même pas pu venir au cabinet alors que d'habitude il venait. Mais quand j'ai fait je me suis pas dit ça c'est un infarctus c'est sûr ! Je l'ai fait parce que je cherchais quelque chose. »

A nouveau, à travers cet exemple imagé, on peut mettre en évidence que plusieurs phénomènes sont intriqués : connaissance du patient avec notamment le fait que le médecin détecte chez son patient un comportement inhabituel, expérience du médecin et pourquoi pas une part d'intuition comme le soulignent les autres participants puisque faire le lien entre douleurs dentaires et infarctus du myocarde n'est pas si rationnel que cela.

Le participant 12 nous a relaté une histoire qui a marqué sa carrière :

« Moi je retourne toujours aux internes qui passent, une des anecdotes qui m'a PROFONDEMENT marqué, profondément changé ma manière de faire ; je vois le fils de ma concierge, au début de mon installation, j'étais dans un immeuble, et la concierge m'amène son fils qui avait mal au ventre, et je me souviens toujours de cette phrase, « *écoutez madame, je ne sais pas ce qu'à votre fils, mais il y a une chose que je sais, c'est qu'il n'a pas d'appendicite* » [rires].

Trois jours après il était opéré d'une péritonite ! [Rires] Depuis je ne dis plus jamais ça ! »

Le participant 12 a ici éprouvé une fausse intuition, un sens de réassurance qui l'a amené à éliminer un diagnostic qui allait se compliquer. On remarque également ici que l'expérience de cet épisode a modifié son intuition pour les situations futures.

SERMENT MÉDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Abstract

« Gut feeling » is a specific intuition that can be along with visceral sensations. One could define it by either the sense of alarm that gives the general practitioner (GP) a sense that "*something is wrong*" with his patient and the sense of reassurance with which doctor feels "*everything fits in*", even though he might not have a proper diagnosis.

The main purpose was to understand the way GPs perceive « gut feeling » in their decision making process in the Lot-et-Garonne region in France. We also focused on importance given to that « gut feeling » and tried to show if it was GPs considered it as a positive contribution to the practice of medicine.

We used a qualitative method by conducting focus groups from a purposive sampling of GPs in the Lot-et-Garonne.

Participants admitted that this feeling was rare and struggled to define it. They saw it as a value added to the diagnostic and highlighted its important role in an uncertain medical diagnostic. GPs often refer to it as a "music tune that loops in their head". Consciously or unconsciously, the experience and the medical knowledge of the doctors, their patients' knowledge, the nonverbal communication expressions, and the concern of relatives interfere and is closely related to the « gut feeling ». The meaning of the sense of alarm and reassurance was similar to previous studies, although many doctors said they were never completely reassured for their patient. The nocturnal awakening was added to the definition of the sense of alarm. The « gut feeling » exists in other medical specialities and in other areas. Finally, this feeling was also characterized as dangerous.

Résumé

Le « gut feeling » est une intuition spécifique pouvant être accompagnée de sensations corporelles. Il est défini par le sens d'alarme qui procure au médecin un sentiment que « quelque chose cloche » chez son patient et le sens de réassurance pour lequel le médecin, sans avoir de diagnostic bien établi, est certain que « tout colle ».

L'objectif était de connaître la perception du « gut feeling » dans la prise de décision de médecins généralistes Lot-et-Garonnais. Les objectifs secondaires étaient de savoir quelle était la place attribuée au gut feeling par les médecins, s'ils considéraient ce sentiment comme un apport positif.

Nous avons utilisé une méthode qualitative en réalisant des focus groups à partir d'un échantillonnage raisonné de médecins généralistes Lot-et-Garonnais.

Les participants qualifiaient ce sentiment de rare et ont éprouvé des difficultés à le définir. Ils le considéraient comme une valeur positive ajoutée, ayant un rôle prépondérant dans les situations d'incertitude de médecine générale. Sa manifestation était « une musique qui tournait en boucle dans la tête ». L'expérience et les connaissances médicales du médecin, la connaissance du patient, sa communication non verbale, l'inquiétude des proches étaient étroitement intriquées avec le gut feeling, parfois inconsciemment. La signification des sens d'alarme et de réassurance était semblable à celle des précédentes études, même si beaucoup de médecins affirmaient n'être jamais totalement rassuré pour leur patient. Le réveil nocturne a été ajouté à la définition du sens d'alarme. Le « gut feeling » existerait dans d'autres spécialités médicales et dans d'autres domaines. Par ailleurs, ce sentiment a également été qualifié de dangereux.