HAL
open science

Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers chez le patient âgé : étude qualitative auprès de médecins généralistes

Laura Covex

To cite this version:

Laura Covex. Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers chez le patient âgé : étude qualitative auprès de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02060643

HAL Id: dumas-02060643

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02060643v1

Submitted on 7 Mar 2019

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 2018 Thèse n°120

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 01 Octobre 2018

Par **Laura COVEX**

Née le 17 Mars 1987 à Libourne

FACTEURS DÉCISIONNELS LIMITANT LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE EN SOINS PREMIERS CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

Étude qualitative auprès de médecins généralistes

Directeur de Thèse :

Docteur David MÉREUZE

Membres du jury :

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY	Président
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Rapporteur
Madame le Docteur Claire ROUBAUD BAUDRON	Juge
Monsieur le Docteur Christian GLÉDINE	Juge
Monsieur le Docteur David MÉREUZE	Directeur

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

À Madame le Pr Muriel Rainfray, vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir mes sincères remerciements,

À Monsieur le Pr William Durieux, vous me faites l'honneur d'être rapporteur de cette thèse, je vous prie d'accepter toute ma reconnaissance,

À Madame le Dr Claire Roubaud Baudron, vous me faites l'honneur de juger cette thèse, je vous prie d'accepter mes remerciements,

À Monsieur le Dr Christian Glédine, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez accepter toute ma gratitude.

À Monsieur le Dr David Méreuze, merci d'avoir dirigé ce travail, d'avoir répondu présent lors des moments de doute, d'avoir cru en ce sujet,

Au service de recherche documentaire de la bibliothèque des Sciences du Vivant et de la Santé de l'Université de Bordeaux, et en particulier à Mme Stéphanie Espaignet, merci de m'avoir aidée dans ma recherche bibliographique,

À mes parents, mes sœurs, Céline et Nathalie, ma grand-mère, merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir toujours soutenue,

À ma belle-famille, merci de m'avoir encouragée pendant ces années,

À mes proches et amis :

Arnaud, Floriane, Morgane, Cindy, à tous ces moments passés ensemble, ces soirées, ces colles partout où cela était possible, ces premiers stages vécus à la découverte de notre métier,

Manu, Marie, Thomas, Solène, Émilie, pour les moments de détente, les fous rires…

À Christophe, mon amour, pour m'avoir toujours soutenue tout le long de ces études, pour m'avoir encouragée, dans les moments parfois difficiles, et à Louise pour le bonheur que tu nous donnes chaque jour,

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements ---------- *2*

Table des matières ---------- *4*

Table des tableaux ---------- *6*

Liste des abréviations ---------- *7*

I. Introduction ---------- *8*

I.1. La population âgée ---------- **8**

I.2. Le processus décisionnel en médecine ---------- **11**

II. Matériels et méthodes ---------- *17*

II.1. La recherche bibliographique ---------- **17**

II.2. La méthode qualitative ---------- **18**

II.3. Méthodologie ---------- **19**

II.3.1. Réalisation du guide d'entretien et du guide de préparation à l'entretien. ---------- 19

II.3.2. Échantillonnage ---------- 20

II.3.3. Entretiens semi - dirigés ---------- 20

III. Résultats ---------- *22*

III.1. L'échantillon ---------- **22**

III.2. Les entretiens ---------- **23**

III.3. Analyse thématique ---------- **24**

III.3.1. Résultats principaux ---------- 24

III.3.2. Résultats secondaires ---------- 35

IV. Discussion ---------- *44*

IV.1. Synthèse des résultats ---------- **44**

IV.2. Discussion des résultats ---------- **47**

IV.3. Forces et faiblesses de l'étude ---------- **50**

IV.4. Perspectives ---------- **51**

V. Conclusion ---------- *53*

VI. Bibliographie ---------- *55*

VII. Financement et conflit d'intérêt ---------- *58*

VIII. Annexes ---------- *59*

VIII.1. Annexe 1 : Document de préparation à l'entretien ---------- **59**

VIII.2. Annexe 2 : Guide d'entretien ---------- **62**

VIII.3. Annexe 3 : Critères COREQ (32) ---------- **65**

Le serment d'Hippocrate (34) ---------- *66*

Résumé ---------- *68*

Abstract ---------- *69*

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon 22

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens 23

Tableau 3 : Synthèse des résultats principaux 44

Tableau 4 : Synthèse des résultats secondaires 46

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALD : Affection de Longue Durée
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CiSMeF : Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française
- CNEG : Collège National des Enseignants de Gériatrie
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- COREQ : COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research
- EBM : Evidence-Based Medicine (Médecine fondée sur les preuves)
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- FA : Fibrillation Auriculaire
- FOGD : Fibroscopie ŒsoGastroDuodénale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
- MeSH : Medical Subject Headings
- MRGM : Maladies Rares : Génétique et Métabolisme
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- RPA : Résidence pour Personnes Âgées
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- UFR : Unité de Formation et de Recherche

I. INTRODUCTION

I.1. LA POPULATION ÂGÉE

Les sciences techniques et médicales ont permis un allongement de la durée de la vie. Cette augmentation de la longévité se retrouve dans les évaluations et projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Au 1er janvier 2017, la France compte 66,991 millions d'habitants, dont 19,2% âgés d'au moins 65 ans, et près d'un sur dix âgés de 75 ans ou plus. Selon les projections de population de l'Insee, l'augmentation de la population française d'ici 2070 concernerait principalement les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2070, la France pourrait également compter 270 000 centenaires (1).

Cette augmentation de la population vieillissante a fait apparaître de nouveaux besoins en termes de santé de l'individu et de santé publique. Devant l'importance des besoins, l'État s'engage dans différents plans d'action de santé publique, allant de la prévention pour un « bien vieillir » à la prise en charge des pathologies du sujet âgé, et légifère en ce sens par la Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (2).

Il existe donc un vieillissement de la population française. Mais qu'est-ce que le vieillissement ? D'après le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG), « *le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui*

doit être distingué des manifestations des maladies ». L'état de santé d'une personne âgée à un moment donné est ainsi le résultat des effets du vieillissement et des effets des maladies antérieures et actuelles (3).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne âgée est une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance (4). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la personne âgée font référence aux personnes de plus de 75 ans dans certaines publications (5), 65 ans et 70 ans dans d'autres recommandations (6). Les personnes âgées correspondent alors à une population très hétérogène en ce qui concerne l'âge et l'état de santé. Cela explique pourquoi il est si difficile de définir l'expression de « personne âgée ». Il y a dans cette population des personnes valides et autonomes ainsi que des personnes dépendantes et polypathologiques.

La démarche diagnostique selon le CNEG est la suivante : *« Il faut privilégier les diagnostics rentables et les thérapeutiques qui peuvent aboutir à une amélioration réelle de l'état de santé et de la qualité de vie du patient au prix de risques acceptables. Certaines investigations sont discutables : dépistage systématique d'une hypercholestérolémie après 80 ans, scanner ou IRM à la recherche de métastases chez un patient cachectique ayant un cancer incurable, diagnostic du cancer de la prostate in situ asymptomatique…* » (7).

Cette citation du CNEG est intéressante car elle fait référence aux « *diagnostics rentables* » et aux « *investigations discutables* ». La notion de « *diagnostic rentable* » est en partie définie dans ce référentiel et correspond à des diagnostics permettant une amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient aux prix de risques acceptables. En revanche, celle d' « *investigations discutables* » ne l'est pas réellement.

Elle est uniquement basée sur des exemples tombant dans le bon sens clinique. Mais entre la prise en charge évidente dans l'actif et l'inactif, qu'y a-t-il ?

Pour le praticien qui doit proposer au patient ce qui semble être le mieux pour lui, dans l'objectif d'une décision médicale partagée, la situation est complexe. Que proposer ? Quelle décision est la meilleure pour ce patient dans cette situation ? Le praticien doit s'appuyer sur des connaissances issues de la médecine basée sur des faits scientifiquement prouvés ou EBM (Evidence-Based Medicine). La médecine est alors factuelle. Les prises en charge, évaluations diagnostiques, outils d'aide à la décision sont ici élaborés par des études menées selon une méthodologie scientifique unanimement reconnue. La décision médicale est standardisée, apportant simplification et rationalisation (8). Cela permet alors de diminuer l'incertitude d'une décision.

Mais, pour les personnes âgées, l'incertitude persiste. La population âgée est hétérogène, en termes d'âge, de fragilité, de vulnérabilité, de polypathologies, de clinique. La décision médicale est alors rendue extrêmement complexe. La réalisation de certains examens complémentaires ou de certains traitements peut devenir un choix cornélien. Si nous l'effectuons, sommes-nous dans l'acharnement ? Si nous choisissons d'être inactifs, sommes-nous dans le défaut de soins ?

Emmanuel Hirsch formule cette interrogation : « *Comment prendre la bonne ou la juste décision dans un contexte où se cumulent les incertitudes et tant de déterminants peu maîtrisables ?* » (9). Ici le mot « juste » fait référence à l'ajustement et l'adaptation à la singularité des personnes. Dans ce cas, lorsque le praticien décide de ne pas introduire de traitement, ou de ne pas aller plus loin dans les examens paracliniques, quels facteurs interviennent ?

Cette question s'est posée initialement lors du stage d'internat de médecine générale de niveau I, percevant des différences dans la façon d'aborder la décision de débuter, ou de ne pas débuter, une démarche diagnostique et thérapeutique chez le sujet âgé selon le praticien. Ainsi, un de mes maîtres de stage, face à une patiente de 96 ans sans antécédent particulier, autonome, s'est exprimé en ces termes : « *Cette dame a un vertige central. Je pense qu'elle a fait un petit AVC. Je l'ai mise sous Kardegic® 160. On ne va pas lui faire un scanner. On ne va pas l'embêter.* » D'autres situations similaires, vues par mes autres maîtres de stage n'auraient peut-être pas abouties de la même façon. Ce jour-là, je me suis interrogée sur les raisons d'une telle décision. Comment a-t-il décidé de *« ne pas l'embêter* » ? Par la suite, lors de mes différents stages, notamment en cardiologie et au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), cette question s'est à nouveau posée, régulièrement : pourquoi et comment le médecin prend-il cette décision ?

I.2. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL EN MÉDECINE

Il y a 50 ans, dans une vision paternaliste de la médecine, la conscience du médecin répondait à la confiance du patient. La décision relevait presque exclusivement du médecin, qui intervenait souvent seul. De nos jours, les pratiques ont évolué, pour suivre l'autodétermination des individus et donc des patients. La décision n'est plus prise uniquement par le médecin, mais avec le patient, aboutissant à une décision partagée (10). De ce fait, les hautes instances de santé publient des documents concernant la décision médicale partagée. Ainsi, la HAS, a fait paraître un « *état des lieux* » sur le « *décider ensemble* » (11). Elle définit la décision médicale partagée comme l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé

et un patient. Ces étapes sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. C'est un processus au cours duquel :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique.
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences.
- un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.

La décision médicale partagée a ainsi une part essentielle dans la pratique clinique quotidienne car elle participe au respect de l'individu, de ses choix, et de ses volontés. Cette pratique a été confirmée par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (12). Cependant, lorsque le patient est porteur d'une fragilité importante, d'une altération du jugement et donc de ses capacités de décision, il est difficile de décider. Dans le domaine de la gériatrie, l'hétérogénéité de la population concernée aboutit à une inégalité des patients face à la décision médicale.

Mais alors, qu'est-ce que « décider » ? À quelles notions la décision médicale fait-elle appel ? Quels en sont les tenants et les aboutissants ?

« Décider » provient du latin *decidere* (*de caedere* « couper ») qui signifie « couper, retrancher » (13), et est défini selon le *Dictionnaire Larousse* en ces termes (14) :

- *« Prendre le parti de faire quelque chose, se déterminer à entreprendre quelque chose, prendre la résolution qu'un événement ait lieu ; résoudre.*

- *Choisir entre des personnes, des éventualités, opter pour une conclusion définitive qui tranche un débat, une difficulté.*
- *Porter un jugement définitif sur quelqu'un, quelque chose.* »

Il ressort de ces définitions comme de l'étymologie du terme « décider », la notion de trancher, avec « un avant » et « un après » la décision. Il y a donc une situation nécessitant d'être modifiée, l'« avant », un processus décisionnel en lien avec un mode de raisonnement qui aboutit à une décision, générant une situation différente l' « après ».

Tout d'abord, l' « avant – décision » est marqué par le cheminement, le raisonnement médical. Selon le *Dictionnaire de la pensée médicale*, il existe deux méthodes de raisonnement qui s'affrontent depuis le XIXe siècle.

L'une est la méthode classique dite « *de reconnaissance des formes* » ou « *Gestalt* ». Cette démarche repose sur l'appel des formes de reconnaissance, soit les hypothèses diagnostiques, et la comparaison par superposition de la forme présente chez le patient. Les diagnostics sont classés en fonction de leur plus ou moins grandes similitudes avec l'ensemble des faits évoqués par le patient et retenus. Le poids du raisonnement dépend de l'expérience et de la culture du praticien. Ce processus est économe en temps et en énergie, mais est le résultat d'un conditionnement personnel. Par ailleurs, ce mode de raisonnement accroit le savoir au détriment de la logique.

L'autre méthode, appelée « *méthode probabiliste* », prend en compte le contexte d'incertitude qui conditionne la décision. Le raisonnement scientifique imprègne le raisonnement médical par la voie des probabilités. Le praticien, devant une situation, estime une probabilité de diagnostic. Il demande un examen complémentaire dont le

résultat sera une nouvelle probabilité et ainsi de suite jusqu'à obtenir une probabilité satisfaisante. La décision peut alors prétendre être rationnelle et justifiable.
La pratique clinique a besoin d'un va et vient continuel entre les deux modes de raisonnement, nécessitant alors savoir et logique (15).

L' « avant – décision » est également marqué par la déontologie du praticien. La déontologie est ici considérée au sens des devoirs. Ces devoirs peuvent suivre des grands principes, des lois professionnelles (code de déontologie médicale) ou juridiques (code de santé publique), mais aussi les règlements des institutions. Ainsi, la décision médicale doit répondre aux 4 grands principes éthiques que Tom L. Beauchamps et James F. Childress décrivent dans *Principles of biomedical ethics* : « *respect de l'autonomie (respect des capacités à prendre des décisions des personnes autonomes)* », « *non malfaisance (éviter les causes de nuisance)* » « *bienfaisance (promouvoir le bénéfice et favoriser les bénéfices contre les risques et les coûts)* », et « *justice (distribuer bénéfice, couts et risques équitablement)* » (16). De la même façon, elle doit répondre au « *primum non nocere* » d'Hippocrate. Cette décision doit également être prise en toute indépendance (de la part du médecin) et répondre à la déontologie en l'occurrence médicale : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit*. » (17).

Cette étape doit également permettre de rechercher le but que le praticien se donne avec cette décision. Que veut-il ? À quelles fins (téléologie) ? Bien sûr la réponse est « le bien du patient ». Mais sommes-nous prêts à accepter certaines contraintes (économiques, réglementaires…) pouvant altérer ce « bien du patient » ? Ainsi, téléologie et déontologie sont parfois opposées nécessitant de délibérer et de décider (18). Les concepts de

délibération, de jugement et d'incertitude ont donc un lien évident avec la notion de décision. L'incertitude est une part inhérente aux décisions médicales et est particulièrement présente en gériatrie où l'évolution des patients est très variable. La décision est le résultat du jugement (10). Paul Ricœur compare le juge et le médecin qui tous deux doivent effectuer un jugement pour prendre une décision : « *il s'agit de part et d'autre de passer d'un savoir constitué de normes et de connaissances théoriques à une décision concrète en situation : la prescription médicale d'un côté, la sentence judiciaire de l'autre.* » Pour Paul Ricœur, le fait d'aller et venir entre la singularité du cas et la généralité des règles constitue le jugement qui aboutira à la décision (19).

Ensuite, l' « après-décision » est important, car les conséquences potentielles d'une décision peuvent interférer avec la décision elle-même. Une décision médicale engage la responsabilité du médecin. La responsabilité repose sur une obligation de moyens et non de résultat. La décision médicale s'appuie sur deux principes fondamentaux : l'indépendance professionnelle du médecin et la liberté de prescription, affirmées par le code de santé publique. Il revient donc au médecin, en toute indépendance, garantissant qualité des soins et relation de confiance avec le malade, d'appliquer des règles générales à un patient particulier, l'amenant parfois à user de sa liberté pour nuancer la règle (20). Cette notion se retrouve également chez Alain-Charles Masquelet, dans *Le raisonnement médical*. Ainsi, il rapporte qu'il existe en médecine une « *distorsion entre l'exigence de rigueur scientifique dans l'élaboration des connaissances fondamentales et cliniques d'une part, et l'exercice pratique quotidien d'autre part* », car les problèmes des patients ne sont pas strictement biologiques, mais aussi psychologiques et sociaux, avec des considérations philosophiques, religieuses, déontologiques, juridiques et économiques. La prise en compte de ces autres facteurs débouche sur des décisions (21).

Ainsi, la décision médicale est partagée, scientifique, bienfaitrice, non-malfaisante, déontologique, responsable, légale, adaptée et juste. Mais dans le domaine du grand âge, où l'autonomie des patients est parfois limitée, où l'incertitude des diagnostics et surtout du devenir est fréquente, comment prendre la juste décision ? Dans ces conditions, comment les médecins généralistes décident-ils de ne pas introduire de traitement ou de ne pas continuer des explorations souvent recommandées ? Quels facteurs interviennent dans une telle décision ?

L'étude que nous avons réalisée propose alors plusieurs objectifs. L'objectif principal est de déterminer les facteurs limitant la démarche diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste chez le sujet âgé. Les objectifs secondaires sont de caractériser les difficultés des médecins généralistes à prendre cette décision, d'identifier si des alternatives sont proposées et d'en définir le type.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

II.1. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique fut assez difficile. En effet si la littérature est riche concernant la médecine d'urgence, la réanimation, ou les soins palliatifs et la mise en Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA), celle-ci est plutôt pauvre concernant les soins premiers. Aidée du service de recherche bibliographique de l'Université de Bordeaux, j'ai néanmoins trouvé quelques documents. La recherche a été effectuée sur les bases de données PubMed, Cochrane, Sudoc, Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française (CiSMeF). Les mots clés ont été traduits en mot MeSH (Medical Subject Headings) via le site internet du CiSMeF. Les mots clés utilisés « withholding traitement », « family practice » « geriatrics » « primary care » « factors inflencing decision ». Plusieurs études ont ainsi attiré mon attention. B. Goujet (22) de l'Université de Saint-Etienne, dans le cadre de sa thèse de médecine générale « *Abstention thérapeutique et limitation de traitements à l'âge avancé : expérience des médecins généralistes* », a cherché à préciser le contexte et les personnes intervenant dans une décision de limitation de soins ou d'abstention thérapeutique chez les patients de plus de 75 ans. Cette thèse s'intéresse principalement aux éléments entourant la décision mais ne décrit pas les éléments déterminant la décision vers l'abstention thérapeutique et s'intéresse principalement au contexte de fin de vie.

De la même façon, un article intitulé « *factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients* », paru dans la revue BMC Cancer (23), s'intéresse aux facteurs influençant la décision des médecins généralistes de transférer leurs patients

âgés atteints d'un cancer vers un oncologue. Cette étude retrouve des éléments qui limitent la prise d'un avis oncologique. Les facteurs suivants ont ainsi été mis en avant : souhait ou refus du patient, souhait de la famille, absence ou présence de comorbidité, inadéquation de la conduite des investigations invasives, degré d'autonomie physique ou psychique. Cette étude me permet de faire des hypothèses quant aux facteurs limitant la décision d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique chez le sujet âgé, mais reste limitée à l'oncologie.

II.2. LA MÉTHODE QUALITATIVE

Ce travail de recherche s'interroge sur les facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers chez le patient âgé. Cette question ne trouvant que peu de réponse dans la littérature, j'ai souhaité utiliser une méthodologie permettant de mettre en exergue des concepts et ainsi caractériser les facteurs intervenant dans le raisonnement même du praticien, aboutissant à une décision médicale. Ainsi la méthode qualitative a été choisie. En effet, cette méthode, développée dans la première partie du XXe siècle par les anthropologues et les sociologues pour étudier les phénomènes humains dans leur environnement, a été utilisée à partir de la fin du XXe siècle dans le domaine de la santé. La recherche qualitative ne quantifie pas, mais permet, à partir de données verbales, dans une démarche interprétative, de comprendre les phénomènes humains, leur fonctionnement et leurs interactions, en développant des concepts (24). Ce travail, à partir du vécu des médecins, est effectué par analyse thématique. Cette méthodologie a pour but d'obtenir un ensemble de thèmes abordés par les praticiens pour répondre à une problématique. Cette méthode consiste alors, à partir

des retranscriptions d'enregistrements de la population cible de mon travail de recherche (les médecins généralistes), d'effectuer plusieurs types d'encodages. En premier lieu, l'encodage ouvert consiste à caractériser les phénomènes étudiés. En second lieu, l'encodage axial correspond à l'articulation des propriétés découvertes lors de l'encodage ouvert (25).

II.3. MÉTHODOLOGIE

Une étude qualitative par analyse thématique a été réalisée.

II.3.1. Réalisation du guide d'entretien et du guide de préparation à l'entretien.

Afin de mieux mettre en exergue la problématique, trois cas cliniques ont été rédigés, et utilisés pour les entretiens. Ces derniers ont été écrits selon des expériences vécues en stage durant l'internat, ces situations cliniques ayant été la source de mon questionnement et donc de ce travail de recherche. Ces cas cliniques ont été utilisés afin de permettre aux praticiens de mieux cerner la problématique, de se l'approprier virtuellement et de la rapporter à des situations qu'ils ont pu vivre dans leur pratique. Ces cas cliniques présentaient peu de caractéristiques sur les patients. En effet, les antécédents, traitements, situations sociales étaient peu développés afin de permettre aux médecins interrogés d'imaginer des caractéristiques aux cas qui limiteraient leur démarche. Ainsi autour d'un problème clinique, les médecins interrogés pouvaient se projeter, imaginer différents scenarii et développer les facteurs qui entreraient dans leur décision de ne pas poursuivre les investigations ou de ne pas introduire de traitement. Un document de préparation aux

entretiens intitulé « *Guide d'entretien, Préparation à l'entretien* » (annexe 1) comprenant une explication de la problématique ainsi que les cas cliniques a été transmis aux médecins par courriel avant les entretiens, afin qu'ils puissent réfléchir à la problématique de façon calme et posée. J'ai effectué un guide d'entretien reprenant ces trois cas cliniques (annexe 2). Ce guide d'entretien a été testé lors des deux premiers entretiens, ce qui a permis une légère modification de ce dernier, insistant alors sur le fait d'imaginer les caractéristiques du patient pouvant devenir des facteurs limitants.

II.3.2. Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage à variation maximale prenant en compte la tranche d'âge, le sexe et la période d'installation. Les médecins étaient joints par téléphone, puis, lorsqu'ils donnaient leur accord pour participer à l'étude, étaient rencontrés pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés. La taille de l'échantillon dépendait de la saturation des données.

II.3.3. Entretiens semi - dirigés

Les médecins interrogés avaient reçu préalablement le document de préparation aux entretiens. Les entretiens ont été réalisés à l'aide du guide d'entretien. Lors de ces derniers, après une présentation du travail de recherche, les médecins généralistes ont été interrogés sur les cas cliniques reçus au préalable, ainsi que sur les cas similaires qu'ils ont rencontrés au cours de leur carrière. Ils se sont ainsi exprimés à la fois sur les facteurs qui auraient pu limiter leur démarche diagnostique ou thérapeutique en se projetant dans

ces cas cliniques, mais également, en déterminant les facteurs intervenus dans leurs propres décisions par le passé. Les entretiens ont eu lieu jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique Philips Voice Tracer® permettant une retranscription assistée par le logiciel Dragon® Naturally Speaking 13 « recorder edition ». Puis la retranscription a été vérifiée et complétée manuellement et anonymisée. Les données ont été encodées *a posteriori*, par double encodage ouvert puis axial, par triangulation avec Monsieur Christophe Hubert, assistant ingénieur au sein du l'unité de recherche INSERM U 1211 : MRGM de l'Université de Bordeaux. Enfin les données ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo® 11 (26).

III. RÉSULTATS

III.1. L'ÉCHANTILLON

La saturation des données est intervenue au 8e entretien, confirmée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires. L'échantillon comprend donc 10 médecins généralistes, 6 femmes et 4 hommes, d'une tranche d'âge comprise entre [30 et 39 ans] et [plus de 60 ans]. Leur période d'installation était comprise entre [1980-1989] et [2010-2017].

Trois médecins joints par téléphone n'ont pu donner suite à ma demande d'entretien, soit, par refus, manquant d'intérêt pour le sujet (pour l'un d'entre eux), soit par incompatibilité d'emploi du temps et manque de temps (pour les deux autres).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Tranche d'âge	Année d'installation
1 : entretien 01 Dr 1	Femme	30-39 ans	2010-2017
2 : entretien 02 Dr 2	Femme	60 ans et plus	1980-1989
3 : entretien 03 Dr 3	Femme	30-39 ans	2010-2017
4 : entretien 04 Dr 4	Homme	50-59 ans	1990-1999
5 : entretien 05 Dr 5	Femme	40-49 ans	2010-2017
6 : entretien 06 Dr 6	Femme	50-59 ans	1990-1999
7 : entretien 07 Dr 7	Homme	30-39 ans	2010-2017
8 : entretien 08 Dr 8	Homme	60 ans et plus	1980-1989
9 : entretien 09 Dr 9	Femme	40-49 ans	2000-2009
10 : entretien 10 Dr 10	Homme	40-49 ans	2000-2009

III.2. LES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés de juin 2017 à mars 2018. La durée des entretiens a varié de 20 minutes et 30 secondes à 63 minutes et 10 secondes. Les entretiens ont tous été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins interrogés.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

	Date	Lieu	Durée de l'entretien
1 : entretien 01 Dr 1	06/2017	cabinet médical	44 min 07 sec
2 : entretien 02 Dr 2	07/2017	cabinet médical	35 min 24 sec
3 : entretien 03 Dr 3	07/2017	cabinet médical	63 min 10 sec
4 : entretien 04 Dr 4	07/2017	cabinet médical	38 min 15 sec
5 : entretien 05 Dr 5	08/2017	cabinet médical	20 min 30 sec
6 : entretien 06 Dr 6	11/2017	cabinet médical	42 min 49 sec
7 : entretien 07 Dr 7	12/2017	cabinet médical	30 min 19 sec
8 : entretien 08 Dr 8	12/2017	cabinet médical	20 min 30 sec
9 : entretien 09 Dr 9	03/2018	cabinet médical	36 min 55 sec
10 : entretien 10 Dr 10	03/2018	cabinet médical	42 min 17 sec

III.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Les entretiens réalisés ont permis d'obtenir des informations permettant de déterminer les facteurs pouvant limiter leur démarche diagnostique ou thérapeutique mais aussi de relever des éléments intervenant dans le raisonnement du praticien, ainsi que les difficultés qu'ils ont pu rencontrer et révéler s'ils proposent des alternatives.

III.3.1. Résultats principaux

III.3.1.A. Les facteurs limitants

- *Les caractéristiques médicales du patient*

Les caractéristiques médicales du patient sont un élément essentiel à la décision du praticien.

Ainsi, la présence de troubles cognitifs, d'un état général altéré, d'une perte d'autonomie sont des éléments limitant la prise en charge.

Dr 2 « Si l'état général est mauvais, qu'il est grabataire, incontinent, qu'il est au fond d'un lit toute la journée, en maison de retraite, je ne ferai rien. »

Dr 3 « Alors, ce qui limiterait, je pense d'abord, ce serait l'état de Madame X. ça sous-entend déjà ses antécédents médicaux, chirurgicaux. »

Dr 4 « C'est toujours l'état général du patient qui va nous guider. »

Dr 4 « Si son état général est très profondément altéré ? Depuis combien de temps ? Si c'est très récent, ou si c'est depuis longtemps qu'il est dépendant et dans un état de grabatisation prolongé et grave, bien entendu, ça peut être un facteur limitant. »

Ils y associent également la présence d'une pathologie grave évolutive, et des traitements en cours.

Dr 2 « Des facteurs qui me limiteraient, c'est si par exemple, il a un cancer de la prostate, qui est toujours en traitement ; s'il a un cancer du poumon, s'il y a un néo pulmonaire ; s'il a une pathologie néoplasique je fais rien. »

Dr 3 « Les traitements. Si cette dame elle est sous anticoagulant, je peux peut-être me poser des questions différemment. Si elle est sous anticoagulant, on n'est peut-être pas obligé de se jeter d'emblée sur une coloscopie. Je pense que […] en tout cas, ça peut faire partie des facteurs limitants, les traitements notamment les anticoagulants. »

Ils prennent en compte l'âge physiologique, l'espérance de vie limitée, un enchainement évolutif clinique jugé défavorable.

Dr 1 « Je dirai que le premier ou en tout cas le couple de facteurs qui va jouer en 1er c'est l'âge physiologique et pas tant l'âge administratif »

Dr 7 « Ben, c'est son espérance de vie quoi. » […] « Voir si c'est une dame qui à 88 ans peut potentiellement aller jusqu'à 100 ans, ou si elle peut aller jusqu'à 89, c'est pas pareil quoi. »

Les praticiens notent également l'importance d'un état clinique stable, dans le cadre d'une situation non urgente et bien tolérée, ou peu symptomatique.

Dr 9 « Mais le fait que ce soit très bien toléré, c'est quand même un élément limitant. »

Dr 10 « Mais effectivement, c'est un argument pour essayer de trouver une alternative si la personne ne s'en plaint pas. »

- *La volonté du patient ou de son entourage*

La volonté du patient et/ou de son entourage a une place centrale dans la décision médicale.

Dr 3 « Si c'est une dame qui a toute sa tête, c'est son choix à elle, avant tout. Parce que si la dame elle me dit « écoutez non, il est hors de question qu'on fasse une coloscopie parce que je refuse » et bien à ce moment-là, la question se pose pas. Et c'est la même chose si elle refuse de faire une fibro. Je pense que son choix avant tout prime. Je pense que je serai peut-être aussi limitée par le choix de la patiente. »

Dr 3 « Donc le choix des enfants peut être un facteur limitant, ou à l'inverse limitant la démarche, si les enfants disent « ah non non, on fait surtout rien et on lui fiche la paix ! », ça va limiter la prise en charge. »

L'importance des directives anticipées a été relevée lors des entretiens.

Les médecins rapportent prendre en compte le désir du patient de ne pas avoir envie de continuer à vivre.

Dr 5 « Je pense que le désir du patient, de rester profiter de la vie, ou partir parce que la vie ne l'a pas épargné. Parce que si le patient, il ne veut pas vivre, ça ne sert à rien de mettre en place les interventions chirurgicales et tout ça, parce qu'il veut partir. C'est tout. On a des patients comme ça. C'est une dépression chronique, qui laisse pas le patient avoir la meilleure qualité de vie, dans un contexte de pathologie très grave déjà. »

- *Balance bénéfice-risque défavorable*

Une balance bénéfice-risque défavorable est un élément majeur dans la décision de ne pas mettre en place de traitement ou de ne pas faire d'examen. Tous les médecins interrogés abordent cet item. Plusieurs éléments sont alors apportés :

- La présence d'une contre-indication médicale.
- Lorsque le praticien estime qu'il n'y a pas de bénéfice attendu.
- Lorsque l'examen est jugé trop invasif.
- Lorsque le praticien suppose que l'examen sera mal toléré.
- Lorsque les complications de l'acte sont jugées trop risquées par rapport aux bénéfices attendus.
- Par risque de nuire par iatrogénie.
- Lorsque le praticien pense que l'examen ou le traitement est plus dangereux que l'évolution naturelle de la maladie. Il établit alors un choix entre la maladie et ses

conséquences physiopathologiques à moyen et long terme, et les conséquences d'un traitement lourd. Cet élément est rapporté pour les pathologies graves comme les cancers.

Dr 5 « C'est la balance de l'intérêt de l'évolution post thérapeutique et évolution sans intervention avec des moyens invasifs, interventions chirurgicales et imageries, assez difficiles à tolérer pour le patient. »

Dr 9 « Après surtout, les possibilités thérapeutiques quoi. C'est vrai, si on doit faire une colectomie, une gastrectomie, la chimio, enfin voilà. C'est une balance risque-bénéfice en fait entre les risques liés à l'abstention, les risques liés à l'intervention, et les bénéfices qu'on peut en attendre. »

- *Relations avec les spécialistes et les services hospitaliers*

Les médecins interrogés décrivent leurs relations avec les spécialistes et services hospitaliers. Certains éléments de cette relation peuvent être des facteurs limitants.

Ainsi, le préjugé du médecin généraliste sur l'action du spécialiste dans le cas peut être limitant.

Dr 4 « Il est bien évident que je ne vais pas l'envoyer à l'hôpital, sachant que de toute façon, ils ne vont pas faire ces examens. »

Dr 9 « Même si on découvrait qu'elle avait un cancer, probablement qu'on ne ferait rien. »

De la même façon, l'attitude connue du spécialiste par des expériences précédentes intervient dans la situation.

Dr 1 « À partir du moment où on fait un bilan on va forcément devoir passer la main au spécialiste, qu'il soit en hospitalier ou pas. Ça veut dire qu'il y a quelqu'un qui va rentrer aussi dans le processus décisionnel et en fonction de à qui on l'envoie et euh de ce qu'on a pu voir de leur pratique, si ce sont des « va-t-en guerre » ou pas, ça peut jouer aussi. »

Dr 3 « Ça peut être un âge qui perturbe la prise en charge parce que quand on appelle un urgentiste, ou le 15, 94 ans, ben c'est jamais urgent, ben ça peut attendre. »

Certains médecins relèvent une difficulté d'accès aux spécialistes pouvant être limitant.

Dr 7 « Oui, il y a l'accès à certains spécialistes, enfin, l'accès aux spécialistes hospitaliers. Parce qu'à la clinique ou en libéral, on a beau dire, ils sont toujours plus accessibles, on arrive mieux à les contacter. » […] « Et avoir une IRM pour un AVC, ça va être la croix et la bannière, surtout s'il n'est pas en milieu hospitalier ».

Il est également rapporté que le spécialiste prend parfois la décision.

Dr 5 « Le gastro-entérologue, il a pris la décision d'arrêter les investigations. Il a eu raison. »

Un avis spécialisé peut être demandé par le médecin généraliste de façon à corroborer son avis de ne pas intervenir.

Dr 1 « On m'aurait répondu après la RCP « on y va pour tumorectomie ou mastectomie et chimiothérapie », là je pense que j'aurais été chercher un 2e avis. Je ne voulais absolument pas de cette prise en charge là pour la patiente. »

Enfin, les médecins préfèrent ne pas hospitaliser leurs patients âgés par crainte d'une altération de leur état due à l'hospitalisation, d'une attente aux urgences prolongée avec un impact négatif sur le patient, et par mauvaise réputation d'un service hospitalier.

Dr 2 « Alors l'hospitaliser, surtout pas ! Parce qu'on va le décompenser plutôt qu'autre chose »

Dr 7 « Après, la réputation d'un service d'urgence, ça peut démotiver d'envoyer un patient. »

- *Limites organisationnelles*

Cette étude retrouve des limites organisationnelles à la prise en charge des patients âgés.

Les médecins interrogés rapportent être parfois limités dans la prise en charge par l'organisation et la tolérance du transport, mais aussi les limites financières.

Dr 2 « C'est pareil, est-ce que la famille est là pour le transporter ? Comment ils vont faire ? S'il n'a pas d'ALD, maintenant les transports sont de moins en moins pris en charge »

Dr 10 « Ou qu'elle présente de gros inconvénients à se déplacer, en fait ça va être fonction du degré d'inconfort créé par le déplacement. […] effectivement, si le patient n'est pas facilement déplaçable, j'ai pas tendance à l'envoyer… »

- *Balance coût-bénéfice défavorable*

Quelques praticiens font référence au coût élevé de certaines thérapeutiques. Ainsi, cela devient un facteur limitant lorsque cela est rapporté à une espérance de vie limitée ou un bénéfice limité.

Dr 6 « Après il y a le côté financier qui va rentrer en ligne de compte. Parce que un pacemaker ça vaut la peau des fesses […]. Est-ce que, à 89 ans, ça vaut le coup de dépenser autant ? « […] « Il y a une grabatisation complète avec une dépendance étatisée importante, est-ce qu'on continue à dépenser l'argent ? » (Le médecin parle ici de l'argent dépensé pour la pose d'un pacemaker).

- *Positionnement éthique du praticien face à la situation rencontrée*

Pour les praticiens interrogés, il existe un positionnement éthique consistant à privilégier la qualité de vie, le confort, de ne pas tomber dans de l'acharnement thérapeutique et de respecter la dignité du patient.

Dr 5 « Des fois, c'est mieux de moins en faire que trop. Surtout quand intérêt de garder confort, autonomie et dignité de la personne. »

Dr 9 « On prend une décision finalement conjointe pour l'intérêt du patient, pour que justement, il ait une fin de vie en fonction de son souhait à lui, et de ne pas être dans l'hypermédicalisation à outrance, l'acharnement. »

Dr 9 « C'est accompagner, pour le confort du patient. C'est ce que je dis souvent : qu'il soit confortable, qu'il ne souffre pas, qu'on puisse lui assurer ça. »

De plus, lorsque les médecins s'interrogent sur l'intérêt d'augmenter l'espérance de vie avec une qualité de vie altérée, cela intervient de façon limitante dans la démarche médicale.

Dr 10 « Ici, je répondrais que la qualité de vie ne me semble pas suffisamment digne pour aller insister sur des traitements qui prolongeraient cette vie qui me semble pas forcément digne. »

Plusieurs médecins ont relevé le fait que la situation était à la limite de ce que peut faire la Médecine.

Dr 4 « À un moment donné, quand on sent que la partie est perdue, il faut raisonner. On peut pas non plus faire n'importe quoi. »

L'absence de lien pour le patient avec la société a également été relevée.

Dr 6 « Parce que elle a rien qui la raccroche plus longtemps à la société. »

III.3.1.B. Facteurs mixtes pouvant limiter selon le cas

Certains éléments ont été rapportés par les praticiens interrogés. Ces éléments ne sont pas exclusivement limitants. En effet, selon le cas, ces facteurs peuvent être soit limitant, soit favorisant la démarche diagnostique ou thérapeutique.

- *Les interactions avec l'entourage*

Dr 1 « L'entourage : l'absence ou la présence d'un entourage familial. Il peut y avoir une famille qui ne soit absolument pas présente, il peut y avoir des conflits, il peut y avoir énormément de choses, ça entre en compte forcément. »

Dr 2 « Et ça dépend de la pression de la famille. De la pression de la famille, oui, voilà. Le problème il est là. »

Dr 3 « Ça peut aussi, moi, limiter mes choix. L'entourage, des enfants, la personne de confiance, peut aussi limiter mes choix et ma prise en charge. »

- *La situation sociale*

Le mode de vie, en institution ou au domicile intervient dans le raisonnement médical. En effet, selon la situation, le fait d'être en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) facilite la réalisation des actes car leur organisation est alors plus aisée, ou participe à leur limitation car les personnes sont souvent très dépendantes, il y a une surveillance infirmière plus marquée qu'au domicile.

Dr 1 « Le fait que le patient vive à domicile ou soit institutionnalisé, ça aussi c'est très important. Et dans quels types d ' « institutions », est-ce que c'est une EHPAD ? Est-ce que c'est une RPA, une famille d'accueil ? Ça c'est des facteurs qui jouent aussi »

- *La connaissance du patient par le praticien*

Le fait de bien connaître le dossier médical et la personnalité du malade intervient dans la décision :

Dr 3 « Alors que Madame X, 88 ans, que je connais depuis des années, qui de toute façon n'aime pas les médecins et puis elle n'a pas envie d'entendre parler d'une anesthésie générale parce que ça la fait flipper à mort, bon elle de toute façon, d'ores et déjà, je lui parle même pas de la coloscopie. »

Dr 9 « C'est vrai que les gens qu'on ne connait pas, on a tendance à être beaucoup plus interventionniste. On ne les connait pas, on prend pas de…c'est des

décisions qui sont plus difficiles à prendre avec quelqu'un qu'on ne connait pas, de ne rien faire. »

III.3.2. Résultats secondaires

III.3.2.A. Éléments intervenant dans le raisonnement médical

Ces entretiens ont révélé des éléments qui gravitent autour du fait de prendre une décision. Ces éléments ne sont ni limitant, ni favorisant la démarche médicale, mais décrivent les conditions dans lesquelles ces décisions sont prises.

- *Réflexion autour du patient*

Tout d'abord, les praticiens interrogés insistent beaucoup sur l'individualité de chaque patient. Le raisonnement médical se fait au cas par cas, avec une réflexion sur la globalité du patient intégrant de multiples facteurs. Un seul facteur n'est souvent pas suffisant pour aboutir à la décision.

➢ *Décision collégiale*

La décision médicale est souvent prise de façon collégiale avec les intervenants médicaux, paramédicaux, aidants. La décision peut être prise de façon collégiale avec 3 types d'intervenants :

- Les médecins spécialistes : les praticiens rapportent des décisions collégiales avec leurs confrères spécialistes.

Dr 4 « Dans ce cas-là, on peut s'aider de l'avis de nos confrères spécialistes. La faisabilité elle n'est pas forcément que l'avis du médecin. C'est parfois un peu limite. Quand c'est évident, c'est facile pour tout le monde. Quand c'est un peu limite, l'avis de nos confrères spécialistes est là pour nous aider aussi. »

- L'entourage du patient.
- Les équipes paramédicales.

Dr 4 « Après je pense qu'il faut aussi voir avec la famille. C'est toujours important de téléphoner ou à la famille, ou s'il en a pas s'il est en EHPAD, d'avoir une discussion avec la famille, l'aide à domicile, en expliquant bien les choses aux aidants, en disant « et bien voilà. » en expliquant le cas. Et à ce moment-là, on prend une décision collégiale. On ne prend pas une décision tout seul forcément »

➢ *Actions médico-légales*

Les médecins interrogés insistent sur le risque médico-légal et leur façon de s'en protéger :

- certains praticiens disent notifier dans le dossier médical la situation, en particulier en cas de refus par le patient ou son entourage de réalisation des actes.

Dr 3 « Je le note sur le dossier « refus du patient et la famille, monsieur a été informé des risques encourus et des éventuelles conséquences » »

- il est parfois rapporté le fait de se protéger légalement par l'avis d'un spécialiste ou par une décision collégiale.
- certains praticiens peuvent être amenés à réaliser un acte diagnostique ou thérapeutique uniquement par crainte de poursuites judiciaires par la famille.

Dr 2 « Après, sur le plan médico-légal, je sais pas s'il faut pas faire quand même une imagerie, surtout si la famille insiste. »

- les médecins peuvent aussi être amenés à vérifier la tendance procédurière de l'entourage avant de décider.

➢ *Importance de la responsabilité*

Quelques praticiens rappellent que lorsque la décision est partagée avec l'entourage, la responsabilité de la décision l'est également.

Dr 9 « Bien sûr, quand c'est une décision concertée, partagée, avec le patient, quand c'est possible, ou avec la famille, les professionnels qui connaissent le patient, cette responsabilité est partagée aussi et ça facilite la décision »

A contrario, il a été précisé que lorsqu'il n'y a pas de famille, la responsabilité incombe totalement au le praticien.

Dr 1 « Quand il n'y a pas de famille, qu'il n'y a pas d'enfant, pas de famille proche, comme un de tes cas cliniques, qu'il n'y a pas de tutelle ou de chose comme ça, la responsabilité c'est la nôtre, pleine et entière. »

- *Relation médecin généraliste-patient*

Les praticiens précisent l'importance de la relation qu'ils ont avec les patients. Certains médecins développent l'importance de la confiance dans leur relation, permettant un dialogue ouvert et constructif.

Dr 4 « Je pense qu'un patient qui est plus libre avec nous, qui nous connaît bien, et qui va oser donner son avis, dans un sens ou dans un autre, le fait de bien se connaître, ça va libérer la parole en tout cas. »

Il y a une part de pédagogie dans la relation médecin-patient. Il est important pour les praticiens que le patient et/ou sa famille aient bien compris la situation.

Dr 10 « Ça reprend la question du lien avec le patient. C'est pas du tout pareil de prendre la décision de ne pas faire un acte diagnostique ou thérapeutique, si la

personne a bien compris de quoi il s'agissait, que de ne pas faire un acte si la personne ne comprend pas. Dans ce cas là… pour moi… ne pas agir nécessite que la personne ait bien compris, ait bien accepté le fait de ne pas agir »

Les médecins rapportent une relation familière possible avec le patient intervenant dans leur raisonnement.

Dr 10 « Bon après, on en a déjà parlé, il y a le lien avec le patient. Ça c'est hyper clair. Comme quelqu'un de sa famille. Je vais pas dire que c'est un lien comparable avec la famille, mais il y a des patients avec qui on va pas avoir envie de prendre le moindre risque dans l'idée de se dire : « j'ai pas envie d'avoir à me reprocher de ne pas avoir fait le maximum pour lui quoi ». Parce qu'on le considère comme quelqu'un de hors du commun pour soi. C'est un souci d'objectivité parfois. [silence] »

III.3.2.B. Difficultés rencontrées

De plus, les praticiens rapportent des difficultés courantes dans ces situations complexes.

- *Difficultés émotionnelles*

Les praticiens rapportent des difficultés émotionnelles. Certains s'interrogent en se mettant à la place de la famille du patient, ou à la place du patient.

Il a été rapporté un vécu difficile lorsque la décision prise collégialement allait à l'encontre de l'avis de celui-ci, se sentant alors incompris.

Certains praticiens s'interrogent sur le sentiment de culpabilité qu'ils peuvent avoir *a posteriori* d'une telle décision.

> *Dr 4 « En même temps, c'est toujours difficile pour un médecin de dire « je ne fais rien », parce que il y a un sentiment de culpabilité, de dire « je suis médecin, je ne fais rien ». »*

- *Difficultés de communication avec l'entourage*

Les difficultés de communication objective avec la famille ont été abordées lors des entretiens.

- *Difficultés devant un questionnement éthique*

4 types de difficultés ressortent de ces entretiens :

- La difficulté de gestion de l'incertitude : devant ces situations complexes, le praticien relève la difficulté de faire face à l'incertitude qui est majeure et la décision à prendre en conséquence.
- La gestion du rapport à la mort.
- La difficulté de prendre une décision juste.
- La difficulté face à une situation vécue comme un cas de conscience.

- *Difficultés par manque d'expérience devant ces situations*

Quelques médecins décrivent des situations peu fréquentes.

Dr 5 « Je n'ai pas eu assez de personnes âgées. Rires. C'est pour ça je préfère avoir toujours un avis du gériatre, ou du centre 15 pour certaines situations limites qui empêchent de prendre les décisions habituelles. »

III.3.2.C. Alternatives proposées

Si pour de nombreuses situations les médecins généralistes interrogés peuvent ne pas faire les examens complémentaires ou débuter le traitement recommandé, ils ne sont pas pour autant en situation d'arrêt thérapeutique. L'ensemble des médecins, selon les situations, propose des alternatives.

- *Avancée progressive des actes*

Les médecins interrogés préconisent d'avancer progressivement, des actes les moins contraignants vers les plus contraignants.

Dr 3 « Moi, je me lancerais d'abord dans un traitement d'épreuve […]. La colo j'irais peut-être pas d'emblée. »

- *Surveillance « active » et décision différée*

Plusieurs médecins rapportent, quand la situation le permet, faire une surveillance « active ». Cela consiste à prendre le temps de voir l'évolution du patient, en poursuivant une surveillance clinique et biologique régulière.

Dr 4 « Parfois… on fait un petit bilan sanguin, on regarde un peu ce qui se passe à domicile, et on diffère la décision. On essaie de ne pas se précipiter »

Dr 8 « Donc je ferais une surveillance quand même. […] Si elle se déglobulise beaucoup, s'il faut la transfuser, il faudrait peut-être aller voir ce qui se passe. […] Donc je ferais, comme ils font dans les cancers de la prostate, j'aime assez ce terme de « surveillance active ». Et je lui proposerais des biologies, des choses comme ça, régulièrement. Mais dans l'immédiat je ne ferais rien. »

Il a été évoqué le risque de retard au diagnostic en différant la décision après une période de surveillance.

Dr 6 « Je vais prendre du retard peut-être dans la recherche diagnostique, parce que je vais me fier à ma première impression, disant « bon on laisse le temps passer, voir comment ça évolue, avant de devenir agressif pour la personne ». »

- *Alternative thérapeutique ou paraclinique*

Les médecins proposent d'autres actes, moins invasifs que les actes de références. Il peut s'agir de modifier le traitement (comme des anticoagulants) ou de proposer un autre examen (comme un coloscanner au lieu d'une coloscopie).

- *Gestion du problème social avant le problème médical*

Lorsque la situation sociale complique la situation médicale, comme c'est le cas dans la vignette clinique numéro 3, certains praticiens proposent une alternative qui passe par la résolution du problème social de la patiente, permettant ainsi un entourage adapté et une prise en charge favorisant la qualité de vie.

IV. DISCUSSION

IV.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats sont présentés dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Synthèse des résultats principaux

FACTEURS LIMITANT LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE OU THÉRAPEUTIQUE
1) Caractéristiques médicales du patient
Troubles cognitifs État général altéré Perte d'autonomie Pathologie grave évolutive Traitements en cours Âge physiologique Espérance de vie limitée Enchainement évolutif jugé défavorable État clinique stable : situation non urgente, bien tolérée, peu symptomatique
2) Volonté du patient ou de son entourage
Volonté du patient et/ou de son entourage Directives anticipées Désir du patient de ne pas vouloir continuer à vivre
3) Balance bénéfice-risque défavorable
Contre-indication médicale Absence de bénéfice attendu Examen trop invasif Mauvaise tolérance supposée Risque de complications important pour un bénéfice attendu limité Risque de nuire par iatrogénie Examen plus dangereux que l'évolution naturelle de la maladie
4) Relations avec les spécialistes et les services hospitaliers
Préjugés sur l'action du spécialiste Attitude connue du spécialiste par des expériences antérieures Difficulté d'accès aux spécialistes Décision prise par le spécialiste Conséquences négatives d'une hospitalisation Mauvaise réputation d'un service hospitalier
5) Limites organisationnelles
Limité par l'organisation du transport Mauvaise tolérance du transport Coût du transport

6) Balance coût-bénéfice défavorable : coût élevé pour une espérance de vie limitée
7) Positionnement éthique du praticien
Favoriser la qualité de vie, le confort Respect de la dignité du patient Ne pas faire d'acharnement thérapeutique Questionnement sur l'intérêt d'augmenter l'espérance de vie avec une qualité de vie altérée Situation à la limite de la médecine Absence de lien avec la société
FACTEURS MIXTES : limitant ou favorisant la démarche selon la situation
1) Les interactions avec l'entourage
2) La situation sociale : mode de vie
3) La connaissance du patient

Tableau 4 : Synthèse des résultats secondaires

ÉLÉMENTS INTERVENANT DANS LE RAISONNEMENT MÉDICAL
1) Réflexion autour du patient : individualité de chaque patient, et évaluation dans sa globalité
2) Décision collégiale
Avec l'entourage Avec les équipes paramédicales Avec les spécialistes
3) Actions médico-légales
Notifier dans le dossier Demander l'avis du spécialiste ou décision prise collégialement Acte réalisé par crainte de poursuites judiciaires Vérification de la tendance procédurière de l'entourage
4) Importance de la responsabilité
Responsabilité partagée si la décision est partagée Responsabilité totale pour le praticien en l'absence de famille
5) Relation médecin généraliste-patient
Relation de confiance Relation de pédagogie Relation parfois familière
DIFFICULTÉS RENCONTRÉES
1) Difficultés émotionnelles
Se projeter à la place du patient Sentiment de culpabilité de ne pas agir
2) Difficultés de communication avec l'entourage
3) Difficultés devant un questionnement éthique
Gestion de l'incertitude Rapport à la mort Prendre une décision juste Vivre un cas de conscience
4) Difficultés par manque d'expérience devant ces situations
ALTERNATIVES PROPOSÉES
1) Avancée progressive des actes
2) Surveillance « active » et décision différée
3) Alternative thérapeutique ou paraclinique
4) Gestion du problème social selon la situation

IV.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

On retrouve des similitudes entre cette étude et les études menées dans des domaines plus spécialisées.

Dans l'étude de F. Delva « *Factors influencing general particioners in the referal of ederly cancer patient* » (23), les facteurs relevés sont le degré d'autonomie physique et cognitive, des investigations invasives inappropriées, la présence ou l'absence de comorbidités sérieuses, le souhait de la famille et/ou la réticence du patient. Il ressort également que les habitudes du médecin généraliste de collaborer avec une équipe spécialisée influence la décision.

De la même façon, la thèse de B. Gouget « *Abstention thérapeutique et limitation des traitements à l'âge avancé : expérience des médecins généralistes* » (22) présente des éléments concordants. En effets, cette étude, qui décrit les éléments intervenant dans la limitation des thérapeutiques actives, rapporte la part multifactorielle du raisonnement, ainsi que les critères suivant : critères médicaux (incurabilité, phase terminale, trouble alimentaire, lourdeur du traitement), avis du patient et de sa famille, critères environnementaux comme l'accessibilité, le refus de soins, la présence d'une démence, l'âge physiologique et l'état clinique. D'autres éléments moins souvent rapportés dans la littérature, même dans le contexte des autres spécialités médicales, que sont d'accepter le désir de mourir du patient, le lien de confiance dans la relation médecin-patient ou encore les actions de protection médico-légale sont ici concordantes avec les résultats de notre étude. Cependant, un élément rapporté dans la thèse de B. Gouget est en opposition avec les résultats de notre étude. En effet, elle rapporte un manque de collégialité avec une décision prise souvent seul.

De plus, la thèse de M. Garin *« Déterminants de la décision d'hospitalisation des personnes âgées démentes en situation aiguë »* (27) rapporte également des facteurs limitants : le risque de grabatisation durant l'hospitalisation, la majoration du syndrome confusionnel, la pression des aidants, les principes éthiques dont l'absence d'intérêt s'il n'y a pas d'implication thérapeutique et le non acharnement thérapeutique, les expériences précédentes négatives, l'organisation des soins (transport, manque de place en structure, la nécessité au préalable d'un projet de vie). Elle détermine aussi l'importance du contexte avec les connaissances du dossier, de l'entourage et du stade de la maladie. Elle relève des difficultés comme la place de l'obligation médico-légale, les problématiques éthiques, l'engagement de la responsabilité médicale, la problématique de services d'urgences non adaptés à cette population. Elle décrit également une certaine solitude des praticiens dans leur décision.

Il y a donc des points communs avec des études concernant des situations bien précises (oncologie, fin de vie, hospitalisation des patients déments). Cela peut s'expliquer par le caractère plus large de notre étude, les médecins interrogés rapportant certaines de ces situations au cours des entretiens.

Cependant, il existe une différence importante avec les 2 thèses mentionnées concernant la solitude des médecins devant prendre ces décisions. Notre étude rapporte le contraire. Les praticiens rencontrés insistent beaucoup sur la collégialité dans la décision, principalement avec les paramédicaux et les familles, parfois avec les spécialistes. Cette différence peut s'expliquer par l'évolution des pratiques médicales depuis la réalisation de ces thèses en 2007 et 2013. En effet dans notre étude, les praticiens interrogés décrivent une décision collégiale dirigée vers 3 types d'interlocuteurs. Le premier interlocuteur est le patient (et/ou sa famille), entrant alors dans le cadre d'une

décision partagée. Cette dernière a évoluée depuis 10 ans, devenant majeure, développée par la HAS en 2013 (11). Le deuxième interlocuteur correspond aux praticiens paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, psychologues). Cette notion a également changé depuis 2007. La collaboration avec les auxiliaires médicaux est devenue une mission du médecin généraliste comme décrit dans la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « Art. L. 4130-1. - *Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : […] Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient* ».(28) On peut donc émettre l'hypothèse que cette différence est en lien avec l'évolution des pratiques en termes de collaboration et d'échanges avec les professions paramédicales. Le dernier interlocuteur, moins présent, correspond aux médecins des autres spécialités, ce qui n'est pas rapporté dans les études mentionnées ici.

Notre étude rapporte un facteur limitant correspondant à la problématique de la communication avec les spécialistes et en particulier les hospitaliers. Ceci est également présent dans plusieurs études. On retrouve cet élément dans la thèse de N. Lemaire (29) de manière qualitative et de manière quantitative dans la thèse de M. Sailliol (30). Dans cette étude, on relève que 70% des 127 médecins généralistes palois et de sa périphérie ayant répondu à la question portant sur l'accessibilité téléphonique des services spécialisés, sont insatisfaits, rapportant des difficultés à les joindre par téléphone. Steven Z. Pantilat et al. relèvent cette difficulté dans leur article *« Primary Care Physician Attitudes Regarding Communication with Hospitalists »* où seulement 56% des 1030 médecins généralistes de la California Academy of Family Physicians étaient satisfaits de la communication avec les médecins hospitaliers (31).

IV.3. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Ce travail est un travail original car les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à ces situations, alors que la littérature, en dehors des situations d'urgence et de fin de vie, est relativement pauvre.

Durant les entretiens d'une étude qualitative, il est important d'instaurer un climat propice à l'élaboration d'un dialogue ouvert. Le participant doit être dans des conditions favorables pour aborder des sujets parfois sensibles comme les notions de fin de vie, de rapport à la mort, de discussion autour de ses limites, ce qui a été le cas ici. Pour cela, les entretiens ont eu lieu chez les praticiens (dans leur cabinet médical), en tête à tête, sans tierce personne présente. Même si les praticiens se sont rendus très disponibles, cela reste difficile de trouver des créneaux horaires supérieurs à 45 minutes dans une journée de consultations. Pour certains praticiens, la question du temps ne s'est pas posée, ces derniers ayant accepté de faire l'entretien pendant leurs jours de repos, ou après leurs consultations.

Afin de favoriser la qualité de cette étude, une formation au sein du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) formation, dispensée par le Dr Michel CUNIN et le Dr Catherine PLOTTON, a été suivie en avril 2018.

Les critères de validité alors apportés sont la validité interne, externe (24) et les critères COREQ (COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research). (32)

La validité interne et la validité externe d'une étude sont des critères de scientificité en recherche qualitative.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Elle peut être obtenue par la triangulation des sources et des méthodes (24). Ici la triangulation des sources n'était pas réalisable. Mais l'analyse des données a été faite par triangulation avec un autre chercheur. Elle est également obtenue en confrontant les résultats aux données de la littérature. Ces dernières corroborent les facteurs retrouvés dans notre étude.

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (24). Pour cela l'échantillon doit être suffisant, sa taille dépendant de la saturation des données, et la population cible bien décrite. Ici, la taille de l'échantillon a été obtenue selon la saturation des données complétée de 2 entretiens pour confirmer celle-ci. Les médecins compris dans l'échantillon sont de tous les âges, des 2 sexes, et d'une durée d'installation allant de moins de 10 ans à plus de 30 ans.

La grille COREQ comprend 32 critères (annexe 3). Elle décrit le chercheur et sa réflexivité, la conception de l'étude, l'analyse et les résultats de l'étude. Le critère de retour des données aux praticiens interrogés n'est pas retrouvé ici et constitue une limite de cette étude. De plus, la faible expérience de l'enquêteur pour la réalisation des entretiens et de l'analyse des données constitue également une limite.

IV.4. PERSPECTIVES

Cette étude constitue une analyse thématique et a permis de mettre en évidence des facteurs limitant la démarche diagnostique et thérapeutique en soins premiers chez le

patient âgé. Ces éléments pourront être utilisés afin de développer un questionnaire et de faire une évaluation quantitative de ces critères.

De plus, cette étude montre qu'il y a plusieurs intervenants dans cette décision. Elle est le plus souvent prise de façon collégiale avec le patient, son entourage, voire même les professionnels paramédicaux. Elle pourrait être complétée par une étude similaire pour évaluer les facteurs limitant une telle démarche chez les patients et/ou leur entourage, ou encore pour préciser les interactions avec ces professionnels dans ces situations.

Les médecins interrogés font également référence à la perte d'autonomie des patients, ou à des patients polypathologiques fragiles, sans utiliser d'outils d'aide à la décision, comme les échelles gériatriques standardisées (6). Mais en soins premiers, face à ces situations, une évaluation standardisée est-elle possible ? Les médecins interrogés insistent sur le fait que le raisonnement se fait au cas par cas. Peut-on alors utiliser un outil de standardisation ? Cela permettrait à chaque individu présentant des caractéristiques similaires d'être pris en charge de la même façon, quel que soit le praticien. Mais cela ferait perdre de l'individualité au patient. Des études pourraient être réalisées afin de répondre à ces problématiques, et de proposer aux praticiens des outils d'aide à la décision dans des situations complexes permettant ainsi de rationaliser les pratiques sans les standardiser.

V. CONCLUSION

Le vieillissement de la population fait apparaître de nouvelles problématiques dans la pratique médicale, auxquelles la médecine générale, qui prend en compte les dimensions individuelles, familiales, et communautaires (33), doit faire face. Ainsi, la décision médicale chez la personne âgée, issue d'une population très hétérogène, soulève la question d'une décision juste et adaptée, dans des conditions éthiques et déontologiques. Le médecin est alors parfois amené à proposer au patient de ne pas réaliser les examens complémentaires habituellement recommandés pour sa pathologie. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs aboutissant à une telle décision.

Cette étude a donc permis de déterminer plusieurs facteurs intervenant dans ce processus décisionnel. Ils concernent principalement les éléments médicaux du patient (état général altéré, troubles cognitifs, antécédents importants, situation non urgente et bien tolérée, autonomie dégradée, âge physiologique avancé, espérance de vie limitée, situation de soins palliatifs, pathologie grave en cours), la volonté du patient et/ou de son entourage, une balance bénéfice-risque défavorable, les relations avec les spécialistes, les limites organisationnelles, une balance coût-bénéfice défavorable pour une espérance de vie limitée, et le positionnement éthique des praticiens privilégiant la qualité de vie, le confort, la volonté de ne pas faire d'acharnement thérapeutique et de respecter la dignité du patient. Les interactions avec l'entourage, la situation sociale, et la connaissance du patient par le praticien peuvent également intervenir dans la décision médicale. Ces résultats sont en accord avec les études réalisées par le passé dans des domaines plus spécifiques comme l'oncologie, les situations de démence, de soins palliatifs. En outre, cette étude révèle l'importance d'une décision partagée avec le patient et son entourage, les professionnels paramédicaux et parfois les autres spécialistes, et les difficultés

rencontrées. Les médecins interrogés insistent sur le fait de proposer des alternatives, et de ne pas abandonner le patient. Il y a ici un élément contradictoire avec les études antérieures, qui est le caractère partagé de la décision. Ceci peut s'expliquer en partie par l'évolution des pratiques depuis leur parution.

Cette étude pourrait donc être complétée par une étude quantitative, utilisant ainsi les facteurs retrouvés comme des critères à analyser et quantifier ces derniers de façon à mieux comprendre le raisonnement du praticien dans ces situations. Une étude réalisée auprès des patients permettrait également de mieux cerner la problématique selon leur point de vue dans ce domaine et de les comparer à celle des praticiens afin de permettre une meilleure adéquation entre l'attente des patients et l'action des médecins.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Population par âge. In: Tableaux de l'économie Française TEF 2017. Paris: INSEE; 2017. p. 26. (INSEE).

2. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal Officiel n° 0301 du 29/12/2015. :24268.

3. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Chapitre 1 Item 119 – UE 5 – Vieillissement normal. In: Gériatrie. 3e édition. Paris: Elsevier Masson; 2014.

4. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Organisation Mondiale de la Santé; 2016.

5. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires?xtmc=&xtcr=1

6. Haute Autorité de Santé. Fiche parcours fragilité [Internet]. 2013 [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

7. Collège Nationnal des Enseignants de Gériatrie. Chapitre 6 Item 126 – UE 5 – La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. In: Gériatrie. 3e édition. Paris: Elsevier Masson; 2014.

8. Steichen O. Former à la décision médicale. Laennec. 7 oct 2014;62(4):51-61.

9. Hirsch E. Décision médicale : assumer ensemble la responsabilité de choix complexes [Internet]. Espace éthique Ile de France; 2013 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.espace-ethique.org/ressources/article/d%C3%A9cision-m%C3%A9dicale-assumer-ensemble-la-responsabilit%C3%A9-de-choix-complexes

10. Ceccaldi J. Démarche palliative et prise de décision éthique. Oncologie. 2008;10(2):105-12.

11. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 oct [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

12. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel du 05 mars 2002. :4118.

13. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Décider : Etymologie de décider [Internet]. CNRTL; 2012 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/etymologie/d%C3%A9cider

14. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : décider [Internet]. Larousse; [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9cider/22179

15. Lecourt D. Dictionnaire de la pensée médicale. Quadrige. Paris: PUF; 2004. (Quadrige dicos poche).

16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001. 470 p.

17. Article R4127-5. Code de la santé publique.

18. Fiat E. Les enjeux éthiques de la décision [Internet]. Espace éthique Ile de France; 2004 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: http://www.espace-ethique.org/ressources/travail-universitaire/les-enjeux-%C3%A9thiques-de-la-d%C3%A9cision

19. Ricoeur P. La prise de décision dans l'acte médical et dans l'acte judiciaire. In: Le juste 2. Esprit. Paris; 2001. p. 244-55.

20. Gallard P-Y. aspects juridiques de la décision médicale. Laennec. 2004;(4):26-39.

21. Masquelet AC. Le raisonnement médical. Paris: PUF; 2006. (Que sais-je).

22. Goujet B. Abstention thérapeutique et limitation des traitements à l'âge avancé : expérience des médecins généralistes [thèse d'exercice de médecine générale]. [Saint-Etienne]: Université Jean Monnet; 2007.

23. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. BMC Cancer. 2011;11:5.

24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142.

25. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2014. 149 p. (Méthodes en sciences humaines).

26. QRS internationnal. NVIVO 10 for windows guide de démarrage rapide [Internet]. [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-French.pdf

27. Garin M. Déterminants de la décision d'hospitalisation des personnes âgées démentes en situations aiguë: une approche qualitative par focus group auprès de médecins généralistes de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.

28. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009. :12184.

29. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Thèse d'exercice]. [Paris]: université Paris Descartes; 2016.

30. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université Bordeaux 2; 2014.

31. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary Care Physician Attitudes Regarding Communication with Hospitalists. Am J Med. 2001;111(9):15-20.

32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.

33. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille); 2002 p. 52.

34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

VII. FINANCEMENT ET CONFLIT D'INTÉRÊT

Le financement de ce travail a été personnel. Il n'y a eu aucun conflit d'intérêt.

VIII. ANNEXES

VIII.1. ANNEXE 1 : DOCUMENT DE PRÉPARATION À L'ENTRETIEN

Guide d'entretien

Préparation à l'entretien

Bonjour, je m'appelle Laura COVEX et je suis interne en médecine Générale à l'Université de Bordeaux. Je réalise un travail sur les facteurs limitant la prise en charge diagnostique et thérapeutique en médecine de premier recours gériatrique, sous la direction du Dr David Méreuze.

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Afin de préparer l'entretien que nous réaliserons ensemble prochainement, voici un questionnaire d'information sur votre situation accompagné de cas cliniques sur lesquels nous pourrons discuter lors de cet entretien. Ce dernier sera, si vous l'acceptez, enregistré.

Il existe, en médecine générale et gériatrique, de nombreuses situations où nous, praticiens, nous décidons d'arrêter les explorations ou de ne pas introduire de traitement. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs influençant une telle décision. Quels facteurs influenceraient ou ont influencé par le passé votre décision ?

Ce document a pour objectif de vous amener à réfléchir sur les situations cliniques présentées et à vous remémorer des situations rencontrées dans votre pratique.

I. Votre situation :

1) Nom prénom :
2) Âge :
3) Sexe :
4) Année d'installation :

II. Cas cliniques

Afin que vous puissiez mieux cerner la problématique, voici plusieurs cas cliniques :

1) Madame X, 88 ans, présente une anémie ferriprive très bien tolérée. Vous souhaiteriez éliminer un cancer digestif, et donc réaliser une Fibroscopie ŒsoGastroDuodénale (FOGD) voire une coloscopie, mais voilà, vous vous interrogez sur la démarche médicale à avoir face à cette anémie. Quels éléments limiteraient votre démarche diagnostique chez cette patiente ?

2) Monsieur Y, 94 ans, a fait un déficit moteur brutal de membre supérieur droit avec aphasie durant plusieurs heures la veille de la consultation. Étant revenu à son état antérieur, il (ou son entourage) n'a pas jugé bon d'appeler les secours. Vous le voyez aujourd'hui parce que cela inquiète ses enfants. Quels éléments limiteraient la démarche diagnostique préconisée à savoir, une imagerie cérébrale et un « bilan d'AVC » ?

3) L'hôpital local vous appelle pour une de vos patientes, Madame Z. 89 ans, hospitalisée en cardiologie pour chutes syncopales sur bradycardie sévère dans un contexte de Fibrillation Auriculaire (FA) anticoagulée sans traitement bradycardisant. En théorie, elle nécessiterait la pose d'un pacemaker. La patiente est démente, évoluant vers la grabatisation. Elle n'a pas de famille, ni de tuteur mis en place, vous ne la connaissez que depuis quelques mois et connaissez bien cette situation de maintien à domicile plus que compliquée. L'équipe du service n'arrive pas à prendre une décision quant à la pose de ce pacemaker, et vous appelle pour avoir votre avis. La patiente refuse qu'on la touche, est dans l'opposition aux soins due à sa démence avancée. Quels éléments vous pousseraient à leur dire de ne pas poser ce pacemaker ?

Pour chaque cas clinique, pouvez-vous imaginer des éléments qui deviendraient des facteurs intervenant dans votre décision ?

Si vous avez rencontré des situations similaires au cours de votre exercice, quels facteurs sont intervenus dans votre décision

Avec tous mes remerciements,

L. Covex

VIII.2. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Laura COVEX et je suis interne en médecine Générale à l'université de Bordeaux. Je réalise un travail sur les facteurs limitant la prise en charge diagnostique et thérapeutique en médecine de premier recours gériatrique, sous la direction du Dr David Méreuze.

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Nous allons réaliser un entretien semi-dirigé dans le cadre de cette étude qualitative, d'environ 40 minutes. Celui-ci sera comme convenu enregistré. Les entretiens seront retranscrits et analysés, et l'anonymat sera respecté. Vous serez bien sûr informés des résultats de cette étude.

Il existe, en médecine générale et gériatrique, de nombreuses situations où nous, praticiens, nous décidons d'arrêter les explorations ou de ne pas introduire de traitement. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs influençant une telle décision. Quels facteurs influencent votre décision ?

Avez-vous des questions avant de débuter l'entretien ?

I. Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Âge / sexe / ancienneté d'installation

II. Facteurs influençant la décision médicale

Je vous ai fait parvenir 3 cas cliniques pour vous aider à mieux cerner la problématique. Avez-vous eu le temps d'en prendre connaissance ?

1) **Concernant chacun de ces cas, avez-vous pu cerner ou imaginer des facteurs pouvant intervenir dans votre décision, et limitant l'action diagnostique ou thérapeutique ?**
2) **Cette réflexion vous a-t-elle permis de vous remémorer des situations dans lesquelles vous avez limité votre démarche diagnostique et/ou thérapeutique ? Si oui quels facteurs sont intervenus ?**
3) **Si vous rencontriez à nouveau ces situations, agiriez-vous de la même manière ?**
4) **Y a-t-il d'autres points que vous vouliez aborder sur ce sujet ?**

Si vous le souhaitez, un autre entretien pourra être réalisé si vous ressentez le besoin de préciser certains points. Les résultats de l'étude vous seront envoyés.

Qu'avez-vous pensé de la séance ?

Avec tous mes remerciements,

L. Covex

Annexe guide d'entretien

a. **Quels seraient les facteurs liés au patient ?**
b. **Quels seraient les facteurs liés à l'acte à réaliser ? à la pathologie suspectée ?**
c. **Quels seraient les facteurs liés à votre position vis-à-vis du patient et de sa pathologie ?**
d. **Quels seraient les facteurs liés à la relation que vous entretenez avec ce(s) malade(s) ?**
e. **Quels facteurs seraient en lien avec votre pratique ?**
f. **Quels facteurs seraient en lien avec l'environnement ?**
g. **Y a-t-il d'autres types de facteurs pouvant vous influencer ?**

VIII.3. ANNEXE 3 : CRITÈRES COREQ (32)

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? *E.g. PhD, MD*
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. *personal goals, reasons for doing the research*
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. *Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic*
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? *e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis*
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? *e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball*
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. *face-to-face, telephone, mail, email*
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. *home, clinic, workplace*
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? *e.g. demographic data, date*
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findingsz		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. *participant number*
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

LE SERMENT D'HIPPOCRATE (34)

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 les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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.

RÉSUMÉ

Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers chez le patient âgé : étude qualitative auprès de médecins généralistes

Introduction :
Le vieillissement de la population fait apparaître des problématiques dans la pratique médicale, auxquelles la médecine générale doit répondre. Cela soulève la question d'une décision juste et adaptée, dans des conditions éthiques et déontologiques. Le médecin est alors parfois amené à proposer au patient de ne pas réaliser les examens complémentaires habituellement recommandés pour sa pathologie. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs aboutissant à cette décision.

Méthode :
Une étude qualitative portant sur les médecins généralistes a été réalisée. Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi – dirigés jusqu'à saturation, puis traitées par analyse thématique avec encodage *a posteriori*.

Résultat :
L'échantillon comprend 10 médecins généralistes. Les facteurs limitant la démarche diagnostique et thérapeutique concernent les éléments médicaux du patient (état général altéré, troubles cognitifs, antécédents importants, situation non urgente et bien tolérée, autonomie dégradée, âge physiologique avancé, espérance de vie limitée, situation de soins palliatifs, pathologie grave en cours), la volonté du patient et de son entourage, une balance bénéfice-risque défavorable, les relations avec les spécialistes, les limites organisationnelles, une balance coût-bénéfice défavorable pour une espérance de vie limitée, et le positionnement éthique. Les interactions avec l'entourage, la situation sociale, et la connaissance du patient par le praticien peuvent également intervenir.

Discussion :
Ces résultats viennent corroborer les résultats des études antérieures. Ils pourraient être complétés par une étude quantitative afin de mieux comprendre ce processus décisionnel.

Mots clés : soins premiers, personne âgée, limitation thérapeutique, limitation diagnostique, facteurs décisionnels, décision médicale

---

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR des sciences médicales

ABSTRACT

Decision-making factors limiting the diagnostic or therapeutic approach in primary care in the elderly patient : qualitative study with general practitioners

Introduction :
The aging of the population reveals problems in medical practice, to which general medicine must respond. This raises the question of a just and appropriate decision, in ethical and deontological terms. The doctor sometimes suggests to the patient that they not perform the additional tests usually recommended for their pathology. The purpose of this study was to determine the factors leading to this decision.

Method :
A qualitative study on general practitioners was performed. The data were collected by semi-directed individual interviews until saturation, then analysed by thematic analysis with post-encoding.

Result :
The sample includes 10 general practitioners. Factors limiting the diagnostic and therapeutic approach concern patient medical factors (altered general state, cognitive disorders, significant history, non-urgent and well-tolerated situation, degraded autonomy, advanced physiological age, limited life expectancy, palliative care situation, serious ongoing pathology), the will of the patient and their entourage, an unfavourable risk profile, relations with specialists, organisational limits, an unfavourable cost - benefit balance for a limited life expectancy, and ethical positioning. Interactions with the environment, the social situation, and the practitioners' knowledge of the patient can also intervene.

Discussion :
These results corroborate the results of previous studies. They could be supplemented by a quantitative study to better understand this decision-making process.

Keywords: primary care, elderly person, therapeutic limitation, diagnostic limitation, decision-making factors, medical decision

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR des sciences médicales