



HAL
open science

Place du gut feeling dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë de l'enfant : étude qualitative auprès de douze médecins

Hugo Dupire

► **To cite this version:**

Hugo Dupire. Place du gut feeling dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë de l'enfant : étude qualitative auprès de douze médecins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02892060

HAL Id: dumas-02892060

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892060>

Submitted on 7 Jul 2020

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 PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2020

N°

**PLACE DU “GUT FEELING” DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR ABDOMINALE AIGUË DE L’ENFANT :**
Etude qualitative auprès de douze médecins

**THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D’ETAT)
MÉDECINE GÉNÉRALE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

LE LUNDI 8 JUIN 2020

PAR

DUPIRE Hugo

Né le 3 février 1988

Le président de Jury : **Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU**

Les juges : **Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI**
Monsieur le Professeur Charles SABBAGH
Madame le Docteur Elodie HARAUX

La directrice de thèse : **Madame le Docteur Séverine FILLATRE**

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chef de Service de Chirurgie Digestive (Pôle DRIME)

Chef de Service de l'Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire (UMCA)

Responsable de l'Unité de Recherche UPJV UR 7518 SSPC

(Simplification des Soins des Patients Chirurgicaux Complexes)

CHU AMIENS PICARDIE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de toute ma gratitude.

*Merci Monsieur le Professeur pour ce savoir que vous m'avez enseigné par le passé et
qui reste un présent.*

À Monsieur le Professeur Djamel-Dine DJEDDI

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Responsable du centre d'activité "Médecine Pédiatrique"

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Je suis honoré par votre présence au sein de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Chirurgie digestive)

Vous avez bien volontiers consenti à participer à un chapitre de ma formation et à ce jury.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

À Madame le Docteur Elodie HARAUX

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Chirurgie infantile)

*Un grand merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de m'avoir transmis
vos connaissances et votre approche.*

À Madame le Docteur Séverine FILLATRE

Chef de clinique des Universités et maître de Stage Universitaire - Médecin Généraliste

(Département de Médecine Générale)

*Un immense merci pour tout ce temps, cette attention et cette rigueur que vous avez apporté à ce
travail. Votre encadrement en tant que directrice de thèse fut admirable.*

La patience est une vertu.

*À mes maîtres de médecine, chirurgiens et médecins,
qui ont accepté de partager, en toutes conditions, leurs expériences et leurs savoirs si précieux à mes
yeux et que je fais serment de transmettre à mon tour.*

*Aux médecins qui m'ont fait confiance et ont accepté de me confier leurs patients.
Aux médecins qui ont volontiers partagés leurs histoires, anecdotes, doutes et succès constituant l'âme
de ce travail.*

*Aux infirmières, infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants qui m'ont appris qu'avant de savoir
courir il fallait apprendre à marcher.*

*À ma mère,
Pour son soutien inconditionnel, discret, rassurant et efficace. Pour toutes ces années de rires, de
bonheur, prends toute la mesure de l'indéfectible amour que je te porte.
Merci maman, tu es la mère de ma vie.*

*À mon père,
Pour m'avoir donné l'envie de devenir médecin, pour m'avoir appris sans le vouloir ce que doivent
être les qualités d'un bon médecin et d'un excellent père. Spero ut Im 'valde superbia tua, sicut
fecistis mea. Merci papa, je t'aime.*

*À mon frère Mathias,
Pour ces années fraternelles aux multiples facettes, à jamais immortalisées dans les glaces de
l'Islande, merci de ton abnégation et de ton sens de la famille.
Tu pourras toujours compter sur moi, mon frère.*

*À ma sœur Marie,
Une toute petite personne avec laquelle j'ai partagé de grands moments de vie. Tu es passionnée,
touchante et téméraire. Tu feras des choses plus grandes que toi tu verras...
Tu es comme un frère pour moi, je serais toujours là, je t'aime petite sœur.*

*À mon frère Théo,
Le benjamin de la famille, le discret passionné. Tu es mon petit frère mais ta place sera bientôt
grande dans cette science des mœurs que tu affectionnes. Un peu de patience...
Tu as toute ma tendresse, ma confiance et mon soutien aujourd'hui comme demain.*

*À mes grands-parents,
Absents aujourd'hui mais si présents.
Je vous chéris même d'un peu loin...*

*À toute mon immense et si cosmopolite famille,
Et surtout à mes cousins devenus de vrais amis Eddy, Baptiste, Louis et Victor, avec qui la limite du supportable fut plusieurs fois repoussée.*

*À mes beaux-parents Aline et Alain,
Pour votre présence, votre gentillesse, pour ces longues discussions lors de ces festins familiaux.
Et pour votre affection. Un tendre merci.*

*À Anne Charlotte et Yann,
Pour les hôtes de qualité que vous êtes. Altruistes et à l'écoute. Pour ces cafés de lendemain de garde et de nuit blanche et ces petites siestes... de quelques heures. Soyez assurés de ma profonde affection.*

*À Mathilde et Romain,
Pour ces nombreuses années de camaraderie transformées en liens familiaux.*

*À Olivia,
Ma si courageuse binôme, elle me doit tout... mais moi aussi. Merci de m'avoir permis d'affronter cette difficile épreuve et de faire ce métier dont je rêve depuis si longtemps.
J'espère cette amitié certes lointaine, durable.*

*À mes compagnons de Fac et co internes de galère,
qui se reconnaîtront si ils l'assument...*

*À mes Amis depuis si longtemps,
Aurélien, Cyril, Gérald, Théophile, vous qui me connaissez très bien et qui m'aimez quand même.
Et pour lesquels je ferais tout pour être l'ami véritable dans chaque moment de vos vies.
Je tiens à vous n'en doutez pas.*

*À toi Pauline, mon épouse,
Ne dit-on pas la meilleure pour la fin ?
A toi qui transforme chaque jour mes défauts en qualités,
A toi qui a toujours cru en moi,
A tous ces sacrifices que tu as si longtemps consentis et qui ne font que renforcer l'admiration et l'amour immense que je te porte.
J'ai réussi il y a déjà si longtemps, c'était il y a 17 ans...
Tu m'as rendu fou et dès lors je ne cesse de perdre la raison encore chaque jour.
La mesure de l'amour c'est d'aimer sans mesure.
A Toi, à notre Vie, cette thèse est pour toi, je te la dédie, je t'aime.*

« C'est avec la logique que nous prouvons et avec l'intuition que nous trouvons »

H. Poincaré

« L'intuition est à la connaissance, ce que la canne blanche est à l'aveugle »

J. Touzalin

*« La jeunesse s'instruit par intuition. Si l'on ne savait que ce que l'on apprend,
on ne saurait rien »*

A. Scholl

*« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, le jugement difficile
et l'expérience trompeuse »*

Hippocrate

Table des matières

INTRODUCTION	13
I. Quelques mots	14
II. Contexte actuel	14
III. Examen clinique	15
IV. “Gut Feeling”	16
V. Question de recherche et objectif de l’étude	18
MATERIEL ET METHODES	19
I. Choix de la population et de l’échantillon	19
1. Population étudiée	19
2. Présentation de l’échantillon	19
3. Mode de recrutement	19
II. Recueil des données	20
1. Notre guide d’entretien	20
2. Le déroulement des entretiens	20
A. L’entretien	20
B. Intervention de l’enquêteur	20
III. Retranscription des données	21
IV. Méthode d’analyse des résultats.....	21
1. Le codage	21
2. Saturation des données.....	21

RÉSULTATS	23
I. Caractéristiques de l'échantillon	23
II. Analyse des résultats	24
1. Spécificités de la douleur abdominale pédiatrique.....	24
A. Spécificités de la consultation pédiatrique	24
a. Une part importante de la patientèle	24
b. Les parents : éléments à part entière	24
c. Une communication nécessairement difficile	24
• Communiquer pour contrôler l'anxiété	25
• Les parents la "voix" du jeune enfant	25
• Comprendre les mêmes choses	25
B. Spécificités de la douleur abdominale aiguë de l'enfant.....	26
a. Une consultation rare	26
b. Un motif de consultation complexe	26
• Une situation complexe pour l'enfant	26
• Une situation complexe pour les parents	27
• Une situation complexe pour le médecin	27
01. Un motif générateur d'angoisse ?	27
02. Une Evidence Based Medicine insuffisante.....	28
03. Des étiologies diverses somatiques et	
psychiques	29
04. L'âge de l'enfant	29
05. Ne pas passer à côté de l'urgence	30
06. L'intervention parentale	30
2. Le "gut feeling" dans la douleur abdominale aiguë de l'enfant	31
A. Un sentiment universel ?	31
a. Peu connu mais ressenti.....	31
b. Un ressenti	31
• "Ça colle".....	31
• "Ça cloche".....	32

B. Facteurs influençant ce ressenti	33
a. La connaissance du patient	33
b. Etre médecin et parent : un avantage	34
c. L'expérience du médecin	34
d. L'intuition : un sentiment intime	35
e. Le ressenti des parents	35
C. Place accordée par le médecin au GF dans la décision	
médicale	36
a. Tableau analytique	36
b. Paramètres influençant le rôle décisionnel du GF	37
• La confiance en soi	37
• L'expérience du renforcement positif ou négatif	38
01. Le renforcement positif	38
02. Le renforcement négatif	38
• L'habitude de l'expérience	38
• L'incertitude diagnostique	39
• L'obligation de moyens.....	39
• La temporalité de l'examen clinique	40
• Les recommandations de bonnes pratiques	40
• Les parents	41
DISCUSSION	43
I. Validité de l'étude	43
1. Les forces de l'étude	43
A. Le titre : originalité du sujet	43
B. Une méthode adaptée	43
C. Des caractéristiques de l'échantillon semblables à la	
population dont il est issu	44
2. Les faiblesses de l'étude.....	44

II. Les principaux résultats	45
1. Une constatation médicale	45
A. Douleur abdominale aiguë de l'enfant : de la théorie insuffisante à l'utilisation du GF	45
a. La douleur abdominale de l'enfant : une approche difficile	45
b. L'incertitude théorique	46
c. Le gut feeling : une solution possible ?	47
B. Le gut feeling : facteurs animant son ressenti et son emploi dans la décision médicale	47
a. Le ressenti : ses influences	47
• La connaissance du patient.....	48
• La parentalité du médecin.....	49
• Le rôle des parents de l'enfant	49
• La part de l'expérience	49
b. Facteurs gouvernant l'emploi du gut feeling dans la décision médicale	53
• Le gut feeling, une omniprésence : vers un enseignement ?.....	53
• La fréquence de la douleur abdominale aiguë de l'enfant.....	53
• La confiance en soi : véritable levier.....	54
• Le renforcement positif et négatif.....	54
• L'incertitude diagnostique.....	56
2. Place accordée au gut feeling dans la société : une utilisation limitée	57
A. Une barrière sociétale	57
B. Une entrave médico légale	57
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	67

INTRODUCTION

« Quelque chose n'est pas normal chez cet enfant... »

« J'ai un mauvais pressentiment ... »

« Il a l'air d'aller bien mais... »

« Ça va beurrer vu sa tête... »

« Je ne le sens pas... »

Un dimanche soir de garde aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens, une maman m'amène un enfant de 4 ans car il a mal au bras depuis une chute d'un toboggan il y a une semaine. "Il a déjà été vu dans un autre hôpital", dit la maman, "Mais même avec son plâtre il me dit qu'il a mal". L'enfant est difficile à examiner, me dit avoir "bobo bras" sans plus. Il bouge et crie, se débat. L'examen physique semble peu contributif mais cette plainte douloureuse n'est pas en lien avec son plâtre, j'en suis sûr et elle est apparue après une phase d'accalmie de quasi une semaine. Il y a quelque chose c'est certain... Le doute persiste; je me refais l'histoire, il a chuté, fracture du bras gauche donc côté gauche, examen clinique pauvre mais côté gauche... J'essaye de me rassurer avec une bandelette urinaire et un bilan biologique normal mais rien à faire ce doute ne me quitte pas... Côté gauche, la rate? Je négocie très difficilement une échographie car mon examen physique est normal selon le radiologue, je lui dis que " l'examen physique oui, mais pas mon examen clinique, je sens qu'il faut la faire !". Il accepte enfin. Hématome sous capsulaire de la rate à l'échographie, patient surveillé en soins intensifs pédiatriques. Voilà la justification du sujet de ma thèse car pour ma part, en médecine le diagnostic semble être l'étape la plus difficile mais ô combien passionnante.

I. Quelques mots

Avoir une certitude diagnostique dans le domaine des douleurs abdominales aiguës en soins primaires est une chose difficile, notamment en pédiatrie. En effet, en médecine générale, l'accès aux examens complémentaires est bien souvent non immédiat. Il faut également ajouter à cela la pression parentale. Aussi, il peut exister une inadéquation entre le référentiel EBM (evidence based medicine) et le tableau clinique présenté par l'enfant, parfois complexe, faisant émerger chez le médecin une “ sensation intuitive ” pouvant orienter sa décision.

Ancien interne de chirurgie générale et viscérale, la sémiologie abdominale, notamment aiguë, m'a toujours intéressé, par sa diversité de symptômes et de diagnostics potentiels mais aussi par sa complexité. C'est dans ce champ de la pathologie abdominale aiguë que l'examen clinique révèle toute son importance vu l'ensemble des canaux d'informations nécessaires au diagnostic (l'anamnèse, l'observation, la palpation...). De plus, par expérience et notamment en pédiatrie, c'est bien souvent l'examen clinique qui va mener au diagnostic par rapport aux examens complémentaires et rarement l'inverse. Il faut ajouter à cela la difficulté de réalisation de certaines imageries dans de bonnes conditions chez les enfants, la limitation d'accès à celles-ci, l'interprétation ardue en raison des particularités liées à la croissance sans oublier la iatrogénie potentielle.

Dès lors, cette thématique me concerne en raison de l'envie de redonner sa place, son importance, à l'examen clinique de manière générale, et ce en me concentrant sur les entités résultant d'une synthèse d'informations cliniques objectives et subjectives, telle la notion de “gut feeling”. Cette notion de “gut feeling” ou intuition, a me semble-t-il plusieurs fois joué un rôle majeur dans la prise en charge de mes patients, avec une résultante bénéfique, notamment dans la douleur abdominale et en pédiatrie en particulier. La médecine générale ayant un champ d'actions et de compétences tellement large, que s'interroger sur cette “orientation subjective et personnelle” comme aide à la prise en charge m'apparaît comme nécessaire.

II. Contexte actuel

De nos jours, la médecine se pense d'abord sur un plan économique avant l'intérêt de l'humain. Paradoxalement, le médico-légal prend une place de plus en plus importante centrée sur l'humain, voulant à tout prix favoriser le patient. Cela peut alors mener à des pratiques guidées par et pour la loi (avant de raisonner pour l'intérêt médical strict du patient) et à des

prescriptions parfois abusives d'examens complémentaires. Il est alors difficile de rendre l'exercice de la médecine efficace sur tous les plans, en ayant un service rendu maximal, le tout sous le joug potentiel du poids médico judiciaire. A cela s'ajoute le développement de la médecine virtuelle, avec l'arrivée, par exemple, de la télémédecine supprimant alors tout le bagage sensoriel du médecin, ainsi que sa présence physique voire son aura. Peu à peu la médecine échappe aux médecins et à elle-même.

III. Examen clinique

Nos maîtres tels Esculapes, Galien, Avicennes, Paracelse, Vésale, Harvey... ont appris par leurs sens, la médecine, l'examen clinique et nous l'ont enseignés à travers les âges. Cette discipline est assimilable à un art, un domaine riche d'expériences de toutes les cultures et de tous les âges. Ce sont ces millénaires de savoirs et de sciences qu'aujourd'hui nous nous efforçons d'acquérir, de perpétuer et d'appliquer. Notre époque se veut rapide, en progression scientifique et technologique avec un recours de plus en plus précoce et simple aux examens complémentaires comme la biologie ou l'imagerie. Mais ces nouveaux domaines si utiles soient-ils, sont-ils suffisamment lourds d'expériences, de reculs et de savoirs en comparaison à l'examen clinique ? En effet, la clinique dans sa grande majorité s'acquiert par un enseignement initialement théorique, laborieux et fascinant. Car si l'examen physique d'un patient se fait par la répétition de ces différents temps que sont l'interrogatoire, l'inspection, la palpation, la percussion puis l'auscultation ; l'examen clinique, commence dès l'entrée du patient. Ce dernier va s'orienter au travers de nos cinq sens puis le diagnostic naîtra du mariage de l'objectivité du clinicien et de la subjectivité du médecin. Celui-ci y ajoute sa perception, son ressenti son intuition pour aboutir à une sorte d'alchimie pouvant mener au diagnostic. La décision, et plus particulièrement la décision médicale, est donc fondée sur des éléments objectifs et subjectifs. L'intuition appartient aux éléments subjectifs. Cependant, personne ne connaît sa place, son ampleur et sa pertinence dans les processus de la décision médicale dans la douleur abdominale aiguë pédiatrique. Opposer les éléments objectifs et subjectifs, c'est un peu opposer la médecine fondée sur les preuves et une médecine plus intuitive, plus en lien avec « les tripes ».

IV. “Gut Feeling”

L'intuition qu'on appelle aussi « **gut feeling** = sensation tripale » peut se définir comme une **sensation intérieure, un ressenti, une intuition binaire** du :

- **“ça cloche” : sensation d’alarme définie, comme un malaise perçu par le médecin s’inquiétant d’une issue possiblement défavorable pour le patient, alors qu’il n’a pas d’éléments objectifs pour cela.**
- **“ça colle” : sensation de réassurance, définie comme une impression de sécurité perçue par le médecin sur la prise en charge et l’évolution ultérieure du problème du patient, alors qu’il n’est pas forcément certain du diagnostic lors de la réflexion clinique (1) .**

Ce concept de l’existence d’un sentiment intuitif d’alarme “ niet plus” (désagréable) est évoqué depuis 2004 et étudié par le médecin chercheur néerlandais Erik Stolper qui est aujourd’hui un membre de l’institut de recherche européen EGPRN. L’European General Practice Research Network (EGPRN) est une organisation fondée en octobre 1971 aux Pays-Bas, elle est composée de médecins généralistes et d’autres professionnels de santé impliqués dans la recherche en soins primaires.

Cinq études ont permis d'aboutir à la naissance du terme de “gut feeling” et de sa définition ainsi qu’à un consensus international :

- Une première étude néerlandaise “pilote”, en 2004 a démontré la réalité d’un sentiment intuitif (2),(3),(4). Cette étude avait pour objectif de démontrer qu’un sentiment intuitif était présent chez tous les médecins lors de leur consultation afin de prouver qu’il était universel et donc d’un intérêt certain. Elle a en particulier mis en lumière le sentiment intuitif de signal d’alerte “niet plus”.
- Une deuxième étude, en 2006, a cherché à formuler une définition de ce sentiment intuitif et d’en identifier les principaux déterminants. Elle a été réalisée auprès de 28 médecins aux Pays-Bas. Les participants ont mis en évidence deux types de ressenti et non pas uniquement le sens de l’alarme (niet plus). Le premier est un sentiment d’alarme et d’inquiétude ; le second un sentiment de réassurance et de réconfort (5).
- Cette conception binaire a été développée, consolidée, définie et validée définitivement par une procédure Delphi en 2009 aux Pays Bas (3). Dans le cas d’une sensation de réassurance, le médecin est certain du pronostic et de sa prise en charge, sans avoir de diagnostic bien établi. Concernant la sensation d’alarme, le médecin a

l'impression que quelque chose cloche alors qu'il n'y a aucun élément objectif pour étayer cette sensation. Il perçoit intuitivement qu'une intervention est nécessaire afin de prévenir la survenue de graves problèmes de santé pour le patient.

- Une quatrième étude, concernant la réalité de ce sentiment, dans les autres pays de l'EGPRN (28 pays) a été réalisée en 2010 afin de vérifier si ce sentiment "d'alarme" était présent dans tout type de culture médicale (6). On a demandé aux médecins de ces pays s'ils ressentaient ce sentiment d'alarme et s'ils avaient des termes spécifiques pour le décrire. L'ensemble des médecins, ayant répondu, ont expliqué que cette sensation était communément reconnue dans la pratique de la médecine générale. Une partie d'entre eux a décrit une sensation corporelle dans l'intestin, l'estomac, les os ou encore, comme une odeur. L'équipe néerlandaise a alors fait naître le terme de "gut feeling" ou sensation viscérale.
- Enfin une étude française : " L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais de " gut feeling ", validant les critères issus des précédentes études de manière consensuelle a été menée en 2010 par Coppens et al. (1), avec l'apparition de la traduction française des deux sentiments en lien avec le gut feeling, le "ça colle" et le "ça cloche". Cette étude avait été investiguée, entre autre, par le Dr Barais Marie (médecin généraliste, maître de conférence des universités et docteur en sciences). Le Dr Barais a beaucoup travaillé sur ce sujet et en est devenue une des références françaises (1) .

Le " gut feeling " est un concept maintenant bien développé depuis une dizaine d'année mais qui se limitait jusqu'alors à sa propre conception/définition sans se voir appliquer concrètement à des situations pratiques et fréquentes.

Pour terminer, une étude française a été réalisée aux urgences pédiatriques en 2016 par Pernin et al (7) et a mis en lumière plusieurs critères de définition consensuels, afin d'uniformiser cette notion de gut feeling, sur le plan national aux urgences pédiatriques. Le but du travail était d'étudier si le GF jouait un rôle dans le raisonnement diagnostique des pédiatres urgentistes français, et si oui, comment ils le décrivaient dans leur pratique.

V. Question de recherche et objectif de l'étude

Cela nous amène à l'intérêt de notre étude qui est d'étudier ce concept de gut feeling lors de la consultation pédiatrique, en médecine générale, là où finalement cette " intuition" pourrait prendre encore plus de poids et d'importance. Nous avons ainsi défini notre question de recherche qui était : **“Comment le gut feeling est-il ressenti et intégré par les médecins généralistes, dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë de l'enfant ?”**

Cette étude aborde et additionne des thématiques complexes que sont la consultation de médecine générale (le plus souvent seul outil = la clinique), la pédiatrie (domaine où la clinique selon les âges prend toute son importance, interrogatoire peu fiable...) et la douleur abdominale aiguë (pouvant être le témoin de souffrances multiples, qu'elles soient bénignes ou graves, d'origine somatique ou psychologique). Nous nous sommes donc fixés comme objectif principal, de **“déterminer le rôle du gut feeling dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë pédiatrique en consultation de médecine générale”**.

MATERIEL ET METHODES

I. Choix de la population et de l'échantillon

1. Population étudiée

La population étudiée était des médecins généralistes de la région des Hauts de France.

2. Présentation de l'échantillon

Pour favoriser la diversité, au sein de notre échantillon, nous nous sommes astreints à avoir des profils de médecins généralistes les plus variés possibles. En constituant notre échantillon de femmes et d'hommes, sans limite d'âge, avec des lieux d'installation multiples (rural, semi rural et urbain), qu'ils soient parents ou non et avec des activités en terme de volume de consultations pédiatriques différentes. Les médecins avaient une ancienneté d'installation variée.

3. Mode de recrutement

La liste des médecins généralistes, exerçant dans les Hauts de France, a été établie à partir de l'annuaire des professionnels de santé de l'assurance maladie, disponible sur internet. Le classement des médecins y est réalisé de façon aléatoire, assurant une certaine forme de randomisation. Nous avons ensuite procédé à la constitution d'une cohorte, en recherche de variation maximale, c'est-à-dire que nous avons effectué un échantillonnage dynamique de façon à recruter des médecins ayant des profils différents.

Les médecins généralistes sélectionnés ont été invités par voie téléphonique à participer à notre étude.

Tous les praticiens contactés ont accepté de participer à l'étude. Deux entretiens tests ont été réalisés, en situation réelle afin de confronter le guide d'entretien. Ces deux échanges n'ont pas été inclus dans le codage des données. Ils ont permis de réajuster le guide avant de commencer les entretiens.

II. Recueil des données

1. Notre guide d'entretien

Notre guide d'entretien s'est articulé autour de quatre thématiques principales :

- Les généralités sur la pratique de la médecine
- La douleur abdominale aiguë
- La douleur abdominale aiguë en pédiatrie
- Le "Gut Feeling" (GF)

La version initiale du guide d'entretien est présentée en *Annexe 1*. Cette première version a été enrichie au fur et à mesure des entretiens de deux questions supplémentaires :

- Quels liens faites-vous entre intuition et expérience ?
- Comment conciliez-vous les recommandations et le gut feeling ?

2. Le déroulement des entretiens

A. L'entretien

Tous les entretiens se sont déroulés sur le même modèle au cabinet du médecin généraliste interrogé. Tout d'abord, nous expliquions de nouveau au médecin le sujet de l'étude et son intérêt, en restant vague, pour ne pas avoir d'influence quelconque. Ensuite, nous précisions que cet entretien était enregistré, pour rester fidèle à leurs dires.

La première question était une question volontairement intime et très ouverte pour prendre à bras le corps, leur appréhension et entrer vite dans le côté très personnel du sujet de notre étude : « Pourquoi êtes-vous devenu médecin ? ». Cette question, très surprenante pour la plupart des interrogés, avait l'effet escompté puisqu'elle faisait sauter la distance entre l'enquêteur et le médecin interrogé, touchant volontairement à "l'âme médicale du médecin" pour qu'il se livre plus facilement.

La suite des thèmes était abordée en laissant le médecin s'exprimer librement et parfois en le cadrant un peu et en le centrant sur nos questions. Comme celles-ci étaient ouvertes, il était parfois aisé de s'écarter de l'essence de la thématique abordée.

B. Intervention de l'enquêteur

La relance et la reformulation ont été les plus utilisées. Il n'y avait pas de stratégie prédéfinie, l'attitude de l'enquêteur s'adaptant à la personnalité du médecin interrogé.

III. Retranscription des données

La retranscription des données correspond au fait de noter mot à mot, d'après les enregistrements obtenus ou verbatims, les dires, idées, émotions ou anecdotes des médecins en s'efforçant d'obtenir la retranscription la plus fidèle des comportements et attitudes (8, 15, 16). L'ensemble des verbatims issus des entretiens est disponible en *annexe 2*.

IV. Méthode d'analyse des résultats

1. Le codage

Un codage ouvert, c'est-à-dire reformulant, en quelques mots sans interprétation, les idées exprimées par les enquêtés, a d'abord été effectué à l'aide de l'extension RQDA (R-based Qualitative Data Analysis) du logiciel R studio. Après quelques entretiens, un codage sélectif, consistant à un regroupement des codes ouverts par catégorie, a été opéré. Il a été opéré des vérifications dans les verbatims précédents, à chaque nouvelle analyse de façon à ne pas omettre de codes. Pour mieux organiser et formaliser nos idées, une carte heuristique a également été créée et enrichie, tout au long de notre travail. Enfin, une fois tous les entretiens effectués, nous avons procédé à un codage théorique qui permet de mettre en relation les catégories entre elles. D'autre part, l'ensemble des verbatims a été relu et codé par une deuxième enquêtrice formée à la méthode qualitative (8, 15, 16).

2. Saturation des données

La saturation des données est apparue après le dixième entretien, l'entretien onze et douze ayant permis de confirmer celle-ci (15).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Âge	Lieu d'installation	Début D'activité	Patientèle du médecin	Durée d'entretien
M1	F	31	Urbain	< 5 ans	800	31'
M2	F	30	Urbain	< 5 ans	1500	40'
M3	H	62	Urbain	> 30 ans	1000	28'
M4	F	56	Semi Rural	5-30 ans	700	25'
M5	H	58	Semi Rural	> 30 ans	1000	28'
M6	F	39	Semi Rural	< 5 ans	680	27'
M7	F	53	Rural	5-30 ans	1500	18'
M8	H	64	Semi Rural	> 30 ans	3000	28'
M9	H	57	Rural	5-30 ans	1682	17'
M10	H	55	Semi Rural	5-30 ans	3100	21'
M11	H	64	Urbain	> 30 ans	1500	20'
M12	F	33	Rural	5-30 ans	1200	27'

- Le ratio homme/femme est égal à 1
- L'âge moyen de l'échantillon est de 50 ans
- 42% des installations sont semi rurales, 33% urbaines et 25% rurales
- La durée d'activité entre 5 et 30 ans est de 42%, de plus de 30 ans est à 33% et de moins de 5 ans à 25%
- La patientèle moyenne est de 1471 patients
- La durée moyenne d'un entretien est de 26 minutes

II. Analyse des résultats

1. Spécificités de la douleur abdominale pédiatrique

A. Spécificités de la consultation pédiatrique

a. Une part importante de la patientèle

Sur l'ensemble de la patientèle du médecin généraliste, les consultations pédiatriques représentent une part importante. Avec des pourcentages qui ont été déclarés comme allant de 10% à 40%, la moyenne se situant aux alentours de 25%.

M3 : "Je dirais entre 10 et 20%"

M5 : "Approximativement 25% minimum"

M10 : "Moi, j'ai une grosse clientèle pédiatrique... Je dirais 40%"

b. Les parents : éléments à part entière

Lors de la consultation de pédiatrie plusieurs parties entrent en jeu : le patient, le médecin et les parents.

- La connaissance de l'enfant, l'instinct maternel ?

Les parents sont un élément essentiel lors de la consultation puisque leur importance est la connaissance de leur enfant, une expérience de longue date du comportement et des habitudes de leur progéniture. Les parents sont alors un baromètre de l'état général de leur enfant pouvant être parfois précieux dans la décision médicale.

M4: "et selon aussi les dires des parents qui connaissent bien leur enfant"

M8: "Il faut écouter les parents qui sont souvent plus objectifs que les enfants."

M10: "la maman, elle va voir en connaissant aussi bien son gamin mieux que nous encore..."

M12: "ceci dit j'écoute toujours les parents, les inquiétudes je les prends toujours en compte parce que les parents connaissent leur enfant, ils connaissent leur comportement"

c. Une communication nécessairement difficile

La communication est une donnée essentielle en médecine car si il est important de comprendre son patient, grâce aux parents chez le jeune enfant, cela l'est tout autant pour le médecin de se faire comprendre.

Ainsi, toute incompréhension peut être source d'anxiété pour les parents. De ce fait, l'exercice médical reste difficile dans un contexte de stress parental.

- Communiquer pour contrôler l'anxiété

Il est tout aussi important de rassurer les parents que le patient et cela passe par une communication optimale afin d'explorer tous les champs d'incompréhension, de lever le plus de questions possibles et d'y répondre. Le but de cette démarche est que les parents et le médecin soient sur un pied égalitaire d'informations quant à la situation actuelle et au devenir.

M2: "euh je pense bien qu'avoir communiqué avec les parents, de manière surtout à les rassurer et aussi à dire, quand on ne sait pas exactement ce qu'a l'enfant..."

M2: "et en plus ça angoisse les parents, c'est à dire qu' Il faut essayer d'argumenter..."

M5: "après il faudra encadrer, donner des conseils ou des marches à suivre aux parents pour bien sûr limiter...il faut pouvoir encadrer le suivi"

M11: "... et bien communiquer avec les parents pour travailler plus sereinement et efficacement."

- Les parents la "voix" du jeune enfant

Un des canaux majeurs de l'examen clinique est l'interrogatoire qui est parfois l'élément manquant.

M3: "... il y a des âges plus faciles à examiner que d'autres, si l'enfant parle...c'est vrai, chez les très jeunes enfants, c'est beaucoup plus compliqué"

M4: " je regarde si l'enfant sait parler, s'il sait raconter, je vois déjà, je lui parle à lui, je réinterroge la maman sur ce qu'il ressent, sur l'impression qu'elle a..."

M4: "les enfants qui ne parlent pas encore, c'est assez difficile..."

M10: "parce que le gamin ne sait pas s'exprimer et puis il arrive pas, donc toujours écouter la maman, c'est capital en pédiatrie"

M12: "...ça dépend de l'âge de l'enfant, si c'est un jeune enfant, un bébé, voilà qui ne peut pas s'exprimer, qui ne peut pas manifester sa douleur..."

- Comprendre les mêmes choses

Il est essentiel que l'information transmise soit claire et précise, bien comprise et perçue de la même manière par le patient (les parents) et le médecin.

M2: “et de bien leur demander à la fin, est ce que vous avez des questions... question phare est ce que vous avez des questions, est ce que vous avez compris, est ce que etc...”

B. Spécificités de la douleur abdominale aiguë de l'enfant

a. Une consultation rare

Si la population pédiatrique fait partie intégrante du quotidien du médecin généraliste, la douleur abdominale aiguë est moins fréquente à cause d'une facilité d'accès aux urgences mais aussi par l'accessibilité au médecin parfois difficile. On remarquera malgré les disparités de discours que globalement ce n'est pas un motif fréquent de consultation.

M2: “Juste une douleur de ventre...oui je pense 10%”

M3 : Récente, on va dire une ou deux fois par mois... c'est pas des choses qu'on voit tous les jours”

M6 : Je dirais, j'en vois à peu près 3, 4 par mois.

M9 : Ah par semaine ? Par semaine et ben vous en prenez 2 à 3 par semaine

M11 : “Environ, à peu près un à deux par mois maximum, de vraies douleurs abdominales pédiatriques”

b. Un motif de consultation complexe

- Une situation complexe pour l'enfant

La consultation, quel que soit l'âge de l'enfant, reste une source potentielle d'angoisse ou d'appréhension ressentie par l'enfant pouvant parasiter l'examen clinique.

M3: “c'est toujours un peu compliqué à examiner chez l'enfant, parce que ça dépend de l'âge de l'enfant... si je suis bien perçu par l'enfant”

M3: “parce que effectivement, il y a le contexte, comment se passe l'examen...si l'enfant est stressé”

M5: “il me dit j'ai pas mal, je vous assure j'ai pas mal... à mon avis il avait déjà intégré que j'allais peut-être l'hospitaliser”

M8: “ Alors elle peut paraître complexe parce que l'enfant ne participe pas forcément à l'examen clinique, voire pas du tout s'il est petit”

M10: “un enfant, pour lui il va avoir tendance à minimiser et à pas vous donner vraiment les symptômes que vous, vous aimeriez bien entendre”

- Une situation complexe pour les parents

Tout comme l'enfant, les parents sont également sujets à l'angoisse. En effet, la douleur de leur enfant associée au stress pour les parents, de s'imaginer des pathologies graves est très pourvoyeur d'inquiétudes. De plus, l'accès facile à l'information médicale peut amplifier cela.

M2: " Parce que des fois les parents il a mal au ventre, ça m'inquiète etc on appuie et puis on lui pose la question est ce que tu as mal au ventre ? l'enfant n'a plus mal au ventre, voilà il n'a plus mal"

M3 : parce que effectivement, il y a le contexte, comment se passe l'examen, si les parents sont stressés..."

M6: "Euh, je dirais c'est plus les parents qui arrivent paniqués avec beaucoup de descriptions de clinique, de symptômes importants et puis qu'au final... y a pas grand-chose"

M11: "un gros coup de panique des parents"

- Une situation complexe pour le médecin

La complexité de la consultation pédiatrique, pour douleur abdominale aiguë, vient du fait que beaucoup de facteurs entrent en jeu.

01. Un motif générateur d'angoisse ?

Tout comme le patient et ses parents, le médecin peut lui aussi être sujet à un degré de confort ou d'inconfort variable devant ce type de consultation.

- Une approche prudente :

M1: " c'est pas mon domaine préféré..."

M3: "c'est toujours un peu compliqué..."

M4: "C'est pas quelque chose de courant non plus..."

M10: "Pour moi, ça peut être tout ou rien, je dis toujours aux parents, on peut écrire un livre sur la douleur abdominale de l'enfant"

M11: "c'est vrai qu'il faut être attentif parce que la douleur chez l'enfant cela peut être tout et rien"

M12: "... peuvent être un peu piégeants ces diagnostics..."

- Mais aussi pondérée :

M2: *“Donc, je ne me sens pas forcément en difficulté pour ce genre de consultation et si j’ai un doute je vais orienter vers les urgences”*

M4: *“ Euh oui à l’aise... (ton désinvolte) ”*

M5: *“Alors, je vais relativement me sentir à l’aise parce que dans la majorité des cas, il ne s’agit pas de quelque chose de grave...”*

M7: *“ Euh, depuis le temps, oui, on gère un petit peu, on n’est jamais complètement à l’aise en médecine”*

M8: *“Alors, moi qui ai 37 ans d’installation, la première chose qui me vient à moi, c’est forcément rien et maintenant on va essayer de se prouver le contraire, voilà”*

M8: *“Parce que sur tout ce que j’ai vu de ma vie, j’ai dû envoyer je ne sais combien, très peu de gens, même pas dix par an à l’hôpital.”*

M9: *“Oh, non je ne m’angoisse pas, pas au départ...c’est à force que vous connaissez sa vie, quand vous connaissez l’enfant, vous voyez bien ce qui se passe...”*

02. Une Evidence Based Medicine insuffisante

L’examen clinique ou le raisonnement médical peuvent parfois ne pas être suffisamment discriminants ou parlants dans l’examen abdominal de l’enfant car une distance peut exister entre la théorie et la pratique.

M1: *“Les enfants disent souvent bobo au ventre, autour du nombril, sans donner d’endroit précis, c’est le point, l’endroit du corps assez central.”*

M2: *“mais justement ce qui est intéressant c’est de voir qu’entre la sémiologie très théorique...et votre pratique, il y a un gap, une “différence” dont vous avez l’impression et que peut être cette différence elle est comblée par votre intuition... donc vous n’allez pas forcément raisonner comme dans les livres”*

M8: *“Mais c’est très intéressant, c’est justement à l’encontre de tout ce qu’on nous a appris à la fac”*

M11: *“si le tableau clinique est net donc là il n’y a pas de soucis, le plus souvent effectivement, il est moindre ou frustré”*

M12: *“on vous apprend les bases de médecine...à la fac...parfois, par votre manque d’expérience, vous allez un peu compléter le truc par votre pif”*

03. Des étiologies diverses somatiques et psychiques

L'abdomen chez l'enfant est un vecteur d'informations parfois difficile de compréhension entre la part organique d'un organisme en cours de croissance et d'organisation (adénolymphite mésentérique lors d'une infection ORL...) et la part psychologique se manifestant par une gêne, voire une douleur abdominale à part entière.

M1: "Parce qu'un enfant il va dire le ventre, dès qu'il a mal aux oreilles, il va dire qu'il a mal au ventre, il a une angine, il va dire qu'il a mal au ventre, il est stressé, il est constipé, il s'est fait disputer, il va dire qu'il a mal au ventre."

M4: " le ventre chez l'enfant, c'est quelque chose qui parle beaucoup, comme les maux de tête chez l'adulte peuvent parler"

M6: "il y a tellement de pathologies des fois un peu cachées dans ces douleurs abdominales"

M9: "Le ventre, c'est ce qu'il y a de plus compliqué à examiner"

M10: " il peut y avoir une énorme participation psychologique, donc ça, si vous voulez, c'est le gros truc... "

M11: "parce que la douleur chez l'enfant cela peut être tout et rien, organique ou pas, de cause psychologique... Disons ce qui peut être un peu plus compliqué, c'est vraiment la douleur abdominale parce c'est toujours, c'est toujours très intrigant"

M12: "je pense aussi aux douleurs, aux migraines, chez l'enfant, ça porte d'abord sur le ventre..."

M12: "les pathologies les plus fréquentes, bien sûr, on maîtrise, celles qui sont beaucoup moins fréquentes sont peut-être moins maîtrisées, l'examen clinique un petit peu oublié... c'est moins évident"

04. L'âge de l'enfant

Il est évident que selon l'âge de l'enfant, son degré de maturité découlera ou pas une certaine facilité ou non à mener l'examen clinique et à recueillir des informations.

M3: "c'est toujours un peu compliqué à examiner chez l'enfant, parce que ça dépend de l'âge de l'enfant, il y a des âges plus faciles à examiner que d'autres...c'est vrai, chez les très jeunes enfants, c'est beaucoup plus compliqué"

M4: "les enfants c'est assez difficile,... ils peuvent pleurer beaucoup..."

M5: "quand c'est des tout petits, vous ne pouvez pas les installer, vous ne pouvez pas les calmer"

M8: “ complexe parce que l'enfant ne participe pas forcément à l'examen clinique, voire pas du tout s'il est petit”

M11: “C'est vrai que les pièges pour moi, bien souvent, c'est quand les enfants sont très jeunes”

M12: “Elle peut paraître plus complexe parce que ça dépend de l'âge de l'enfant, si c'est un jeune enfant, un bébé qui ne peut pas manifester sa douleur”

05. Ne pas passer à côté de l'urgence

L'urgence est l' “épée de Damoclès” au-dessus de tout médecin mais peut être d'autant plus en pédiatrie et dans cette douleur abdominale aux étiologies multiples et complexes. C'est le premier sentiment rapporté par les médecins lorsqu'on les interroge au sujet de ce qui leur paraît complexe dans une douleur abdominale de l'enfant.

M1: “...que ce soit sur la douleur abdominale aigüe ou pour un autre motif de consultation, tu as toujours est-ce que c'est un patient grave, ça peut potentiellement pas aller, sans que ce soit fondé sur de l'objectif”

M2: “ c'est dans ma tête, douleur abdominale aigüe éliminer une appendicite ou une urgence chirurgicale. Ça c'est le deuxième sentiment que j'ai, de ne pas passer à côté de l'urgence”

M3: “ s'il y a vraiment quelque chose de vraiment sérieux ou c'est peut-être pas si grave que ça.”

M4: “ Eh bien chercher forcément tout de suite une pathologie qui nécessiterait un avis chirurgical”

M7: “Euh d'être vigilant, éliminer l'urgence...”

M12: “d'emblée, vous vous dites qu'il faut éliminer l'urgence chirurgicale,”

06. L'intervention parentale

L'avis des parents est un élément majeur voulu ou non, bénéfique ou non de la consultation.

M2: “Bien souvent chez l'enfant, il y quand même de la constipation, donc il y a les parents qui disent non il a fait caca ce matin...”

M8: “temporiser en rassurant les parents”

M11: “il y a les parents qui interfèrent sur douleur”

M12: “Il y a aussi des parents qui peuvent être très inquiets, stressés parfois au contraire peut-être pas assez inquiets pour la situation”

2. Le “gut feeling” dans la douleur abdominale aiguë de l’enfant

A. Un sentiment universel ?

a. Peu connu mais ressenti

La notion d’intuition ou gut feeling (GF) est présente chez tous les médecins.

M2: “Donc, déjà l’intuition, oui elle est hyper importante et elle est présente de toute façon, que les médecins s’en rendent compte ou pas”

M5: “ je pense que l’intuition est toujours présente, on y fait toujours appel, c’est impossible de ne pas y recourir”

M11: “maintenant je pense qu’on laisse forcément place à l’intuition, d’une manière ou d’une autre, elle se faufile comme l’eau à travers les rochers.”

b. Un ressenti

Dans notre étude le ressenti peut prendre deux directions : soit en faveur du « ça colle » ou du « ça cloche ».

- « Ça colle »

Est une sensation de réassurance, définie comme une impression de sécurité, perçue par le médecin sur la prise en charge et l’évolution ultérieure du problème du patient, alors qu’il n’est pas forcément certain du diagnostic.

M1: “ En gros, si j’ai déjà eu un enfant qui avait une suspicion d’appendicite mais où j’y croyais pas et je l’ai envoyé faire une écho abdo et l’écho abdo était normale” (ici le médecin était certain de sa clinique mais s’est rassuré par l’échographie)

M2: “même si j’ai pas fait à 100 % le diagnostic, je ne sais pas vous dire à 100% ce dont il s’agit, à priori, c’est pas grave...”

M5: “j’ai vu des enfants se rouler par terre avec des syndromes douloureux abdominaux aigus, c’était des beaux tableaux de constipation, et les douleurs les plus impressionnantes.”

M6: “Euh, je dirais...avec beaucoup...de symptômes importants et puis qu’au final, le gamin y a pas grand-chose...”

M8: “je me dis bon soit c’est rien, soit on le réévaluera dans vingt-quatre ou quarante-huit heures mais effectivement c’est là où c’est de l’intuition aussi”

- « Ça cloche »

Est une sensation d'alarme définie comme un malaise perçu par le médecin s'inquiétant d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'il n'a pas d'éléments objectifs pour cela.

M3: “tu sais déjà rien qu'en regardant l'enfant et en interrogeant les parents, que c'est, s'il y a vraiment quelque chose de vraiment sérieux”

M3: “vous pouvez avoir un ventre relativement souple, pas forcément systématiquement une défense ou une contracture des machins comme ça, mais vous vous dites, c'est bizarre, je ne comprends pas tout, je ne sais pas comment ça fait le truc mais..”

M4: “ Comme par exemple, la fois où une gamine est venue, d'une dizaine d'années, elle avait l'air d'aller bien, elle avait mal au ventre depuis quelques heures depuis son réveil le matin et je la vois, elle sourit et marche, je l'examine elle a quand même un ventre super souple et une sensibilité inconstante très discrète, elle me rassure elle n'a pas de fièvre mais je ne sais pas... une idée persiste en moi et je lui fait une bio et une écho abdo.

Elle est revenue avec sa mère, la bio montrait pas de CRP mais légère hyperleucocytose et l'écho était normale mais je sais pas je le sentais pas...on était pas en période d'épidémie...mais j'ai pris le risque de demander un scanner en urgence, que j'ai pas pu avoir, donc je l'ai envoyée aux urgences qui lui ont fait passer le scanner et c'était une appendicite débutante”

M5: “sincèrement le patient, face à moi, il était pas trop mal, faisant faire le bilan tout de suite, on tombe sur un saignement au scanner...”

M7: “Plutôt rassurant, sans douleur franche mais un enfant qui paraissait pas bien...Au final, non je l'ai adressé aux urgences et c'était une occlusion”

M10 : “Moi, j'ai l'histoire...d'un enfant qui avait 18 mois, d'accord, sa maman me l'amène, vomissement, pleurs, bon classique, je fais juste un petit ECBU...ça se calme. Je le revois une semaine, dix jours après, mêmes symptômes...je vais l'envoyer aux urgences...ils lui font une échographie et ben elle était en péritonite”

M10: “j'ai un autre souvenir aussi assez récent d'un enfant de 3 ans, j'ai senti, par rapport à la tête de l'enfant, parce qu'il n'était même pas jaune, il était rien du tout, mais il n'avait pas du tout la tête, c'était un déconneur le gamin, il était toujours à faire le con dans mon cabinet et là je voyais qu'il ne faisait pas le con, putain je me dis il y a quelque chose, vous voyez un peu le feeling, un petit peu de ça, de la connaissance de l'enfant, puis la maman pas plus paniquée que ça parce de toute façon elle dit, il fait tout le temps des conneries, elle dit à la limite c'est pas plus mal s'il est comme ça, moi je suis un peu tranquille. A la tête de l'enfant je me suis dit y a un truc, je l'ai fait hospitaliser et putain c'était une cholécystite”

M12: “ oui le sentiment là il apparaît, même si à l'examen clinique vous n'avez pas grand-chose”

On remarquera une profusion des anecdotes sur le « ça cloche » plus que le « ça colle » probablement parce que suspecter une évolution de mauvaise augure orientera de toute façon le patient vers un examen complémentaire ou une hospitalisation pouvant rassurer le médecin. A l'inverse du “ça colle” où toute la stratégie est basée sur l'examen clinique, le médecin prendra sa décision sans examen complémentaire, sans “barrière de sécurité” mais juste par son savoir de clinicien.

B. Facteurs influençant ce ressenti

Le ressenti, appelé aussi intuition ou dans cette étude “gut feeling”, se voit influencer par plusieurs facteurs.

a. La connaissance du patient

De nombreux médecins stipulent que le raisonnement intuitif se base, en partie, sur le fait de connaître ou pas le patient. Car un patient “connu” ou “habituel” appellera plus facilement à la prudence du médecin, en cas de manifestations inhabituelles.

M3: “ pour avoir une bonne intuition, il faut connaître sa patientèle ”

M6: “ça arrive fréquemment parce qu'on connaît bien le patient, on se dit là c'est pas comme d'habitude”

M8: “ça revient au fait qu'on connaît les enfants, on est médecin traitant, y compris des enfants”

M8: “moi je les connais et parfois si je ne les connais pas plus et là je ne vais pas pouvoir être à l'aise et tenir une espèce d'intuition sur vraiment rien parce que j'ai pas eu connaissance auparavant de l'enfant... si je ne connais pas je vais examiner plus soigneusement que d'habitude et peut-être moins tenir compte de mon intuition”

M10: “voir ses mimiques, si vous voulez, ben vous voyez si c'est ses mêmes mimiques habituelles ou si c'est une autre mimique, et ça ça va pour les enfants”

M10: “c'était un déconneur le gamin, il était toujours à faire le con dans mon cabinet et là je voyais qu'il ne faisait pas le con, putain je me dis il y a quelque chose...”

M12: “ c'est vrai vous n'avez pas le même ressenti quand vous connaissez le patient que quand vous le connaissez pas ”

M12: “quelqu’un qui ne se plaint jamais et d’un seul coup, il se plaint d’une douleur et que vous savez que c’est pas habituel, oui le sentiment là il apparaît, même si à l’examen clinique vous n’avez pas grand-chose”

M12: “mais l’expérience, l’expérience des gens déjà, de vos patients individuels, ça aide vachement à renforcer votre intuition”

M12: “par exemple, quand je suis en garde et que je connais moins les patients, j’ai tendance à plus douter et m’alarmer...”

Mais une “trop bonne connaissance” de son patient, de ses habitudes de consultation peuvent atténuer la vigilance du médecin. Cette vigilance peut néanmoins être maintenue en alerte par ce gut feeling.

b. Etre médecin et parent : un avantage

Un médecin reste un parent. De ce fait, il est peut-être plus à même de percevoir les inquiétudes et les évolutions possibles de certaines pathologies les ayant déjà “vécues”.

M2: “je trouve aussi que le fait d’être maman moi-même m’a aidée, aussi à comprendre certaines mamans qui étaient inquiètes, dans tel ou tel cas de figure”

M8: “par contre, à partir du moment où j’ai eu un enfant, j’ai plus compris ce que les patients qui venaient avec leurs enfants ressentaient”

M8: “Ça change tout, oui (le fait d’être parent)”

c. L’expérience du médecin

L’expérience est une notion très large et multifactorielle parallèlement à l’intuition qui est une notion plus restreinte. Pour mieux comprendre le lien entre ces deux entités, certains des différents constituants de l’expérience vont être expliqués pour comprendre leurs rôles et leurs influences éventuelles sur l’intuition. Certains versants de l’expérience vont avoir un impact sur l’intuition et d’autres non.

M3: “Oui, c’est ça, maintenant l’intuition, vous vous la formez avec votre expérience, c’est clair”

M3: “Je pense que oui, effectivement l’intuition fait partie de, c’est une connaissance, non objective un peu qui se forme en fonction de ce que vous vivez au quotidien dans votre métier”

M8: *“c’est synergique (expérience et intuition), je ne pense pas, toi qui es interne, je ne pense pas que tu puisses débarquer dans un service...aux urgences pédiatriques par exemple, en pédiatrie et puis travailler l’intuition la première semaine, c’est pas possible”*

M9: *“Faut pas dire, parce que j’ai de l’expérience, que je ne vais pas me planter, ça c’est sûr et certain qu’on va se planter plus facilement”*

M10: *“...l’intuition chez le médecin qui a de l’expérience, c’est ça, c’est avant tout votre expérience...pour moi l’intuition et l’expérience sont indissociables.”*

M12: *“mais l’expérience... ça aide vachement à renforcer votre intuition et puis votre expérience”*

d. L’intuition : un sentiment intime

Une part du sentiment intuitif reste très personnelle pouvant rendre son partage parfois difficile pour un autre médecin.

M5: *“ C’est surtout ça que je retiens, c’est que comme c’est pas carré, si vous voulez c’est rarement suivi. C’est pas parce que tu as l’intuition qui a un problème que ton confrère derrière va comprendre”*

M5: *“C’était que de l’intuition mais par contre, c’est tellement tiré par les cheveux mais ça c’était, c’est bizarre ce qu’il a eu, c’est bizarre ce truc, c’était pas le tableau (de méningite). D’ailleurs après, appelant... chef de service, il m’a dit tu comprendras bien que l’interne lui, il ne peut pas, il ne faut pas lui demander, l’intuition n’est pas partagée, vous ne pouvez pas partager l’intuition...”*

e. Le ressenti des parents

Comme développé dans la partie 1.A.b), quel que soit son impact les parents possèdent leur propre ressenti de l’enfant et de la situation.

M4: *“selon aussi les dires des parents qui connaissent bien leur enfant, la plupart du temps”*

M10: *“il y a des moments, vous pouvez tomber sur une accalmie et puis pas de bol, si vous n’avez pas bien écouté, ben vous ne vous rendez pas compte de ce qu’a pu être la douleur avant, donc toujours écouter la maman”*

M10: *“ je le vois trois jours après avec sa grand-mère et la grand-mère elle me dit, vous savez, sa maman Valérie, tant qu’elle n’avait pas été opérée de l’appendicite, elle avait souffert comme pas permis, donc je me dis bon je vais l’écouter”*

M11: *“le discours des parents et puis l’examen clinique, je dirais qu’on élimine déjà pas mal le problème”*

M12: “ceci dit, j’écoute toujours les parents, les inquiétudes je les prends toujours en compte parce que les parents connaissent leurs enfants, ils connaissent leur comportement”

C. Place accordée par le médecin au GF dans la décision médicale

a. Tableau analytique

Ce tableau récapitule certaines caractéristiques pouvant entrer dans le processus d’utilisation dans la décision médicale du “Gut Feeling”.

	Sexe	Âge	Lieu d’installation	Début D’activité	Consultation pédiatrie générale	Motif douleur abdominale	Formation pédiatrique complémentaire	Place accordée du GF dans la décision médicale
M1	F	<50	Urbain	< 5 ans	<20%	16/mois	non	non
M2	F	<50	Urbain	< 5 ans	<20%	10/mois	non	oui
M3	H	>50	Urbain	> 30 ans	<20%	2/mois	oui	oui
M4	F	>50	Semi Rural	5-30 ans	>20%	4/mois	non	non
M5	H	>50	Semi Rural	> 30 ans	>20%	20-30/mois	non	oui
M6	F	<50	Semi Rural	< 5 ans	<20%	4/mois	oui	oui
M7	F	>50	Rural	5-30 ans	<20%	4/mois	non	oui
M8	H	>50	Semi Rural	> 30 ans	>20%	4/mois	non	oui
M9	H	>50	Rural	5-30 ans	<20%	12/mois	oui	non
M10	H	>50	Semi Rural	5-30 ans	>20%	20/mois	oui	oui
M11	H	>50	Urbain	>30 ans	<20%	2/mois	oui	oui
M12	F	<50	Rural	5-30 ans	>20%	3/mois	non	oui

Dans ce tableau, sous réserve que notre étude n’ait pas la vocation de généraliser des résultats mais celle de générer des hypothèses, il semblerait que la grande majorité des médecins utilisent de manière théorique et pratique le GF dans le choix de leur prise en charge.

D'autre part, des éléments peuvent influencer son application dans la décision médicale du GF comme la tranche d'âge supérieure à 50 ans, tout comme la durée d'activité de plus de 30 ans. On pourra également remarquer que dans notre étude les médecins ayant une part de consultation pédiatrique > 20 % considèrent dans leur pratique le GF comme un élément essentiel dans leur schéma décisionnel. Enfin, dans notre travail la majorité des médecins qui n'ont pas eu recours au GF était des femmes.

Certaines caractéristiques n'influencent pas la place accordée au GF dans la décision finale, comme le lieu d'installation.

On notera aussi que l'importance du nombre de douleurs abdominales par mois n'apparaît pas dans cette étude comme influençant de manière évidente l'utilisation concrète du GF; tout comme le fait d'avoir suivi ou non une formation pédiatrique complémentaire.

b. Paramètres influençant le rôle décisionnel du GF

- La confiance en soi

La confiance en soi est une caractéristique très personnelle du médecin. Ainsi, un manque de confiance en soi semblerait être lié à une sous-estimation du GF. On remarquera ici que M1 et M4 ne font pas partie des médecins utilisant le GF.

M1: " Mais il faut une sacrée confiance en toi pour aller dire au patient ben non je ne vous mets pas d'écho, ne pas prescrire et se faire confiance uniquement à la clinique et à son intuition première, face à un patient qui est demandeur d'exams, c'est dur à faire."

M3: "ben je dirais ne pas être trop sûr de soi, rester dans, je dirais dans une certaine forme de prudence..."

M4: " Et bien écoutez, je vais assez vite demander un avis..."

A contrario, se faire confiance, permet de laisser toute sa place au GF dans la prise en charge.

M2: "Je suis assez confiante... Je me sens compétente dans ce rôle-là."

M5: " Alors, je vais relativement me sentir à l'aise...globalement j'ai dû bien appréhender des choses"

M9: "Oh, non je ne m'angoisse pas..."

M12: "Oui, non pas d'angoisse derrière"

- L'expérience du renforcement positif ou négatif

L'expérience étant une conception vaste, d'autres pans peuvent être explorés comme ceux du renforcement positif ou négatif (le vécu du terrain).

01. Le renforcement positif

M5: "c'est vrai que souvent ça marche, c'est vrai que dans certains cas, même si ça marche pas souvent, le peu que ça marche tant mieux, parce que si vous voulez on a bien appréhendé le truc quoi..."

M6: "à chaque fois j'ai vérifié par des examens complémentaires donc je peux me permettre de..."

M8: "c'est forcément rien et maintenant on va essayer de se prouver le contraire, voilà"

M12: "ça m'est arrivé d'envoyer des douleurs abdominales, parce je sentais pas le truc, effectivement j'ai fait des diagnostics d'appendicite comme ça..."

02. Le renforcement négatif

M5 : "mais forcément, si vous avez un vécu ou vous avez un doute, après vous avez moins confiance, vous voyez plus la situation piègeuse que la situation relativement simple"

M12: " ça veut dire que parfois vous avez pu rencontrer, au cours de votre carrière, des cas atypiques et qui vous ont un peu chamboulé, parce vous n'avez pas pris la bonne décision et du coup, la fois d'après, effectivement vous allez vous méfier, vous n'allez plus avoir le même ressenti..."

On pourra constater ici que l'ensemble des médecins faisant part explicitement d'un réel vécu de renforcement positif ou négatif concernant leur ressenti intuitif, utilisent le GF.

- L'habitude de l'expérience

La connaissance du patient est un atout certain. Mais, ne fonder son raisonnement que sur cela pourrait ne pas permettre au médecin de rester alerte face à un problème de santé "inhabituel", notamment chez les patients consultant régulièrement sans motif valable. Ainsi, le GF pourrait permettre une deuxième lecture de la situation, plus rapide et sans a priori.

M4: “ de repartir à zéro à chaque fois, vous pensez que justement votre intuition peut participer à cela, voilà j’ai un patient qui vient tout le temps... mais grâce à cette sensation que je ressens parfois pour ce patient... je peux aller à l’encontre de ces habitudes de consultation...me dire il y a vraiment quelque chose

M8: “ je pense qu’il faut quand même avoir des intuitions, on se dit bon ben celui-là ça fait dix fois que je le vois...”

M9: “ L’un peut gêner l’autre, parce que si vous placez tout sur votre intuition, vous risquez de vous planter, si vous placez tout sur votre expérience, vous risquez de vous planter.”

M10: “l’intuition peut quand même contrebalancer l’expérience, on va dire l’habitude du patient”

M12: “ parce que parfois c’est justement quelqu’un qui se plaint beaucoup et vous avez tendance un peu à minimiser...”

- L’incertitude diagnostique

L’absence de diagnostic est là aussi un élément qui va jouer dans la balance, dans le fait de “s’écouter” sur la conduite à tenir ou au contraire de se rassurer par des examens complémentaires.

M1: “En tout cas j’ai du mal. je ne prends pas le risque de me tromper en fait...”

M2: “Je sais aussi déléguer si cela dépasse mes compétences”

M3: “qu’est-ce que je fais, j’attends demain pour faire un bilan, est ce que je l’envoie aux urgences et là c’est compliqué, c’est très très compliqué...enfin vous êtes bien emmerdé et du coup vous vous dites faut faire un pourcentage, d’après de ce que l’on ressent c’est-à-dire bon ben voilà combien il y a de chance que ça s’aggrave?”

M6: “ si j’ai un doute, soit l’examen paraclinique, soit je l’envoie aux urgences”

M12: “C’est sûr qu’il y a des situations plus complexes que d’autres, où là on n’a vraiment pas d’idée, voilà c’est l’examen qui va trancher”

- L’obligation de moyens

L’obligation de moyens est une obligation en vertu de laquelle le médecin doit déployer ses meilleurs efforts pour atteindre l’objectif visé.

M4: “je pense qu’il faut rester raisonnable et s’entourer quand même vite d’examen paracliniques, parce que en effet on a quand même beaucoup de disponibilités autour de nous”

M5: “Vous ne pouvez pas priver votre patient d’examen parallèles...”

M8: “on s’est inventé son obligation de moyens qui fait qu’il est obligé de faire bientôt un écho face à trois enfants qui ont la même chose, c’est-à-dire trois enfants de la même famille qui ont une gastro entérée...”

M8: “Et c’est cette obligation de moyens qui me paraît complètement déplorable et du grand n’importe quoi c’est une absence d’économie, de bon sens total...”

- La temporalité de l’examen clinique

Il est intéressant également de s’interroger sur la valeur qui va être accordée au GF en fonction du moment de la journée ou de la semaine, où la nécessité de décider va se manifester.

M3: “il y a un signe ou deux qui vous donnent des signes d’incertitude, un peu chiant, et donc du coup et puis si à deux heures du matin, c’est jamais facile, il est 19 h, c’est pas bien, qu’est-ce que je fais, j’attends demain pour faire un bilan, est ce que je l’envoie aux urgences et là c’est compliqué, c’est très très compliqué”

- Les recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations issues du monde scientifique médical, de décisions collégiales permettent de donner une ligne directrice majoritaire mais la médecine n’étant paradoxalement pas une science exacte, ces recommandations peuvent parfois ne pas être adaptées à la situation clinique particulière.

M5: “donc je pense que l’intuition est toujours présente, on y fait toujours appel, c’est impossible de ne pas y recourir, mais par contre, je pense que les recommandations sont des guides précieux, c’est pour cela que la formation elle nous recadre, elle nous encadre la pratique.”

M7: “Il faut tenir compte des reco et après les reco c’est pas du 100 %, on peut tenir compte un peu de l’intuition... vous allez à votre intuition et les reco vont peut-être modeler un peu votre intuition si elle est un peu trop large”

M9: “Ben les reco, c’est bien beau, mais ça gêne aussi notre démarche...c’est pas mes mathématiques à moi”

M10: “D’accord, pour vous c’est indissociable. Votre examen clinique, votre expérience et les recommandations vont vous guider globalement mais la fin, ce qui va vous trancher entre guillemets, c’est votre intuition qui va dire que... Oui”

M10: “c’est bien mais c’est du papier, c’est du théorique par rapport au niveau pratique”

M10:” vous avez un gamin qui arrive, vous vous posez les bonnes bases, donc vous pensez à vos reco, vous l’examinez et puis après c’est votre pif qui va déterminer un peu le reste”

M11: “ on ne peut pas rester sur l’intuition uniquement je crois qu’il faut des éléments concrets... l’intuition de la statistique”

M12: “je veux dire il faut d’abord bien connaître les grandes lignes, etc et les reco, je m’en inspire...c’est pas toujours évident et que parfois, ça ne convient pas toujours à telle ou telle personne...vous vous adaptez, vous faites ce que vous pensez être bien...”

- Les parents

Présents sur divers canaux de la consultation, leur “opinion” garde une place prépondérante acceptée ou pas par le médecin dans la stratégie médicale car l’état d’appréhension de la situation par les parents peut modifier la décision du médecin notamment sur la capacité à comprendre et surveiller l’enfant.

M6: “faut passer le stress des parents, calmer le jeu”

M9: “C’est plus facile, au point de vue intuition, si vous avez des parents sérieux... vous pouvez très bien dire moi je pense qu’il y a ça , néanmoins s’il y a quelque chose, vous me rappelez cette nuit et puis basta, vous comprenez et les parents qui sont babaches, vous l’envoyez aux urgences, excusez-moi l’expression...”

M9: “ça dépend des parents”

M10: “si effectivement il y a une réelle inquiétude de sa part...c’est beaucoup en écoutant la maman...si vous voulez, de par le stress de la mère”

M11: “ça entraîne quand même une grosse, un gros coup de panique des parents et c’est vrai que c’est toujours un peu plus compliqué”

M12: “après il y a certains parents qui peuvent vous influencer”

DISCUSSION

I. Validité de l'étude

1. Les forces de l'étude

A. Le titre : originalité du sujet

L'étude du GF, dans la pratique pédiatrique, a déjà commencé à être étudiée (9) mais pas en médecine générale, ni dans le contexte précis de la douleur abdominale aiguë, ce qui en fait l'originalité de ce travail.

B. Une méthode adaptée

Le choix d'une méthode qualitative a permis l'obtention de données multiples et variées, certaines plus ou moins attendues et d'autres non, enrichissant dès lors ce travail de recherche. Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels car ils permettaient une expression plus libre que les focus groupe. Nous avons également utilisé des entretiens semi-dirigés car ce type d'entretien permet de découvrir l'état d'esprit de l'interrogé. Il fallait en effet laisser une liberté d'expression à ce dernier, même s'il n'abordait pas les thèmes du canevas d'entretien dans l'ordre prédéfini par le chercheur.

Les deux entretiens tests nous ont permis de nous assurer d'une compréhension satisfaisante des questions par les médecins interrogés et si nécessaire d'une reformulation de celles-ci mettant en avant le versant dynamique de ce type d'étude.

Le fait d'avoir réalisé ces entretiens au cabinet du médecin a permis de mettre en confiance celui-ci pour aboutir à une parole libre et libérée de la plupart des appréhensions liées à un environnement qu'il soit sonore ou visuel inconnu. Cela a probablement permis d'obtenir des confidences plus personnelles nous rapprochant de la réalité du quotidien professionnel et du terrain.

Notre recherche a été menée afin de répondre au mieux aux critères scientifiques (10) :

- *Acceptation interne* : L'étude a été expliquée et commentée pour chaque médecin avant le recueil des données. Chaque médecin pouvait s'il le souhaitait avoir un complément d'information adapté et consulter la retranscription des entretiens.
- *Validité interne* : Les procédures utilisées ont été détaillées pour montrer la crédibilité de notre étude. La saturation des données a été atteinte. Les retranscriptions ont été ajoutées en annexe. Le codage ouvert a été réalisé par un second chercheur pour maximiser la crédibilité de ce travail de recherche.

- *Validité externe* : Les méthodes ont été clairement expliquées afin que les données puissent être utilisables par un autre chercheur.
- *Fiabilité* : Les règles de méthodologie qualitative (saturation des données, entretien test, recherche de cas négatifs) ont été respectées.

C. Des caractéristiques de l'échantillon semblables à la population dont il est issu

Même si notre étude n'a pas pour vocation d'être représentative, la moyenne d'âge des médecins interrogés était de 50 ans ce qui reflète bien la moyenne d'âge nationale des médecins généraliste à l'heure actuelle (11). On notera également que la proportion de femme est de 50 % soit une valeur assez proche de la moyenne nationale qui est de 47% en 2018 (12,13).

2. Les faiblesses de l'étude

Nous pouvons nous interroger sur le fait que les médecins, ayant accepté de répondre à notre étude, étaient plus à l'aise ou intéressés par le sujet, ce qui peut représenter un biais de sélection. Par ailleurs, l'importance de la place laissée au GF par le médecin est peut-être influencée par le lieu d'exercice ce qui pourrait représenter un biais de mesure. Il aurait peut-être été souhaitable d'obtenir une répartition équilibrée entre le milieu d'exercice médical rural, semi rural ou urbain.

Chaque médecin avait des capacités différentes pour exprimer ses opinions. La personnalité et la qualité relationnelle de l'enquêteur pouvaient moduler dans un sens ou dans un autre la sensibilité du répondant. De plus, la compétence relationnelle de l'intervieweur sans expérience concrète préalable, novice donc, a pu biaiser certaines données. Néanmoins, au travers des deux entretiens test, l'enquêteur a pu s'aguerrir à l'exercice de la conduite d'entretien semi-dirigé pour atténuer ce biais.

Par ailleurs, la capacité à appréhender certains thèmes, touchant à la pratique concrète de l'exercice de la médecine a été différente selon la personnalité de chacun. Certains traits de personnalité comme la timidité, la gêne ou encore le manque de recul de certains médecins ont certainement pu faire obstacle au recueil de certaines données.

De même, le chercheur étant lui-même médecin, la peur du jugement, par l'un de ses pairs, a pu limiter la véracité des propos de l'interrogé.

Cela pouvait être à l'origine d'un biais d'investigation qui peut être limité par la réalisation d'une grille d'entretien, bien structurée et bien présentée. Néanmoins nous avons indiqué aux médecins interrogés que l'entretien serait anonyme.

Un entretien de bonne qualité doit être en lien étroit avec la neutralité de l'enquêteur, notamment dans le recueil des données mais cela peut être aisément biaisé par une orientation involontaire et subjective de l'enquêteur dans le discours ou l'attitude et cela malgré une documentation conséquente sur ce type d'étude et la complexité de la réalisation d'entretien (8,14–17). Tout chercheur oriente l'échange sans le vouloir consciemment. La notion d'objectivité peut donc être impactée. Les entretiens et l'analyse ont été réalisés par la même personne ce qui fait que les résultats sont soumis, plus ou moins, à l'interprétation du chercheur, ce qui renvoie à la notion de biais d'interprétation qui reste néanmoins inhérent à ce type d'étude. Nous avons tenté de limiter cet effet par une analyse en double aveugle.

Le lieu de l'interview était au cabinet des médecins ce qui faisait que, parfois, lors des séances, notre interview pouvait être coupée, lors de rares moments, par les urgences téléphoniques. Aussi, parfois, un temps restreint du médecin pouvait altérer son attention aux questions posées.

II. Les principaux résultats

1. Une constatation médicale

A. Douleur abdominale aiguë de l'enfant : de la théorie insuffisante à l'utilisation du GF

a. La douleur abdominale de l'enfant : une approche difficile

La douleur abdominale aiguë pédiatrique est un des motifs peu fréquent mais récurrent en consultation de médecin générale. La prise en charge de cette situation est complexe pour différentes raisons, puisque de nombreuses données interviennent au cours de ce type de consultation. Il peut s'agir de données médicales mais pas uniquement, sont aussi présentes de nombreuses autres composantes comme la difficulté à communiquer avec l'enfant en fonction de son degré de maturité, de son âge et du caractère parfois psychosomatique de la plainte qui peuvent rendre difficile le diagnostic.

En effet, la psychosomatisation est un élément important chez l'enfant, comme expliqué dans l'ouvrage *L'enfant ventriloque* (18) qui détaille cette somatisation comme un protolanguage, une façon d'attirer l'attention sur soi pouvant apparaître comme un élément perturbateur dans le raisonnement médical classique.

Ce type de consultation est de plus mené dans un contexte de recherche permanente de l'urgence médicale. L'ensemble peut alors motiver une certaine angoisse du médecin. Il n'est donc pas toujours évident de garder l'esprit clair et d'avoir un raisonnement hypothético-déductif classique optimal.

b. L'incertitude théorique

De plus, sur un versant plus médical, une certaine forme d'inadéquation de la médecine factuelle (Evidence Based Medicine ou EBM) peut apparaître notamment chez l'enfant qui présente un polymorphisme de la symptomatologie, pouvant parfois ne pas être suffisante au médecin. Comme mentionné dans la thèse de Chipeaux.E : “ Il y a un décalage entre le type de raisonnement diagnostique que les généralistes apprennent à utiliser et la façon dont ils résolvent les problèmes diagnostiques dans leur pratique quotidienne”. (19)

Pour essayer de parer à cet isolement diagnostique, les recommandations de bonnes pratiques issues des sociétés savantes (20) pourraient être d'une aide non négligeable pour le médecin mais elles ne le sont qu'irrégulièrement. Le fait de ne pas pouvoir avoir recours à ces recommandations savantes à chaque fois, illustre bien qu'il existe parfois une différence d'interprétation et de compréhension du terrain.

Selon l'article d'une revue médicale Suisse : “Les jeunes médecins seraient plus enclins à les utiliser (les recommandations), alors que les médecins expérimentés s'en détourneraient plus fréquemment, les considérant comme inadaptées à la prise en charge individualisée de leur patient.” (21). Cet article illustre que même si les recommandations sont nécessaires sur le plan scientifique, elles ne seraient pas adaptées à une réalité de terrain bien connue des médecins expérimentés plus à même que les jeunes médecins à évaluer avec le recul la faisabilité de ces recommandations.

c. Le gut feeling : une solution possible ?

On peut ainsi comprendre que le médecin peut se sentir isolé et parfois démuni face à ce motif de consultation difficile. A cela s'ajoute un manque d'information clinique et théorique, raison pour laquelle, consciemment ou inconsciemment, le gut feeling peut parfois venir apporter un regard différent ou complémentaire et une forme d'aide au diagnostic et à la décision, un sentiment d'alarme (22) .

M2: “mais justement ce qui est intéressant c'est de voir qu'entre la sémiologie très théorique...et votre pratique, il y a un gap, une “différence” dont vous avez l'impression et que peut être cette différence elle est comblée par votre intuition... donc vous n'allez pas forcément raisonner comme dans les livres”.

Nous avons observé, dans notre étude, que la grande majorité des médecins avaient recours, en pratique, au GF, dans leur décision d'orientation et cela est retrouvé également dans la thèse de médecine de Thiry Anne Sophie : “les participants voient majoritairement l'intuition comme un plus...” (23). Cela laisse à penser que ce sentiment intérieur pourrait être un soutien notable pour le médecin dans son raisonnement.

Parallèlement, il est intéressant de noter que, parfois, la théorie et le raisonnement cognitif cadré ne suffisent pas. En effet, l'étude réalisée par Marthe Bourgy, docteur en psychologie, sur “l'adaptation cognitive et l'improvisation dans les environnements dynamiques”, s'intéresse aux décisions prises lors de situations imprévues ; en interrogeant un groupe de pilotes de chasse. Son travail montre les limites d'un modèle strictement cognitif : “en situation imprévue, les connaissances acquises ne suffisent pas pour garantir une orientation rapide du système cognitif vers les informations utiles à traiter”. (24)

B. Le gut feeling : facteurs animant son ressenti et son emploi dans la décision médicale

a. Le ressenti : ses influences

Le recours au GF est d'autant plus aisé que celui-ci semble ressenti, de façon universelle au travers de nos entretiens. Cette dernière notion amène à penser que, si ce GF est présent chez tous les médecins, il doit exister une sorte d'automatisme à l'utiliser et ceci notamment dans certaines situations auxquelles tous les médecins peuvent être confrontés.

En d'autres termes, même si la notion du gut feeling n'est pas connue de tous les médecins son principe est inconsciemment présent chez eux qu'importe leur parcours, leur croyance, leur habitude de travail ou leur vécu professionnel. Cet automatisme intuitif est bien exposé dans l'étude de Stolper.E : “ le gut feeling peut dans la routine et les cas complexes émerger automatiquement durant une interaction avec le patient et guider la procédure diagnostic” (25).

Dès lors, afin de mieux comprendre la place, qui semble très présente, du GF dans la prise en charge et de quoi celle-ci dépendait, nous avons voulu étudier ses influences.

En effet, pour tenter de comprendre ce raisonnement, il faut savoir de quels éléments celui-ci est constitué afin d'en déduire une reproductibilité.

- La connaissance du patient

Au travers de nos résultats nous avons pu constater que le GF dépendait de plusieurs facteurs dont la connaissance du patient. En effet, le sentiment intuitif ne peut qu'être modelé par le vécu entre le patient et son médecin. Il apparaît alors comme évident qu'un médecin ayant une certaine habitude de son patient sera plus à même de percevoir un sentiment d'alerte le cas échéant. Ceci n'est pas anodin car, dans notre étude, l'ensemble des médecins étaient installés, donc connaissaient leurs patients et le fait qu'ils aient répondu en grande partie en faveur du suivi de leur GF appuie cette notion.

Il est également apparu dans notre étude qu'une certaine lassitude s'installait parfois face à certains patients qui consultaient “ trop fréquemment”. Dans ce cadre, le GF va influencer l'approche du médecin en lui envoyant des messages d'alerte, pour que celui-ci reste à l'affût. Bien connaître un patient, qui ne se plaint jamais, est un atout, mais bien connaître un patient se plaignant souvent est une tare qui peut être palliée par le GF, de façon automatisée. Cette idée est de nouveau rapportée dans cette étude néerlandaise de Stolper.E de 2012 : “Le gut feeling peut, dans la routine et les cas complexes...guider la procédure diagnostique” (25). On pourrait comprendre ici la notion de routine comme les consultations de patients avec un degré de plainte élevé et fréquent. Le GF pourrait se concevoir comme un sentiment intuitif automatique et adaptable à différents profils de patients : le patient habituel plaintif pour lequel le GF stimulera la prudence et le patient inhabituel pour lequel le GF fera naître la méfiance.

- La parentalité du médecin

On retrouve également comme facteur d'influence le fait que le médecin soit lui-même parent. Cela va modifier la perception de son propre ressenti en relation avec son vécu familial. Ceci va contribuer à "l'éducation de son GF" qui se définit comme une sensation tripale, pouvant renvoyer à la notion très personnelle de la parentalité. Le médecin pourra alors adopter une attitude médicale paternaliste découlant de son propre vécu en tant que parent.

- Le rôle des parents de l'enfant

Les parents ont également un rôle important, du fait de leur connaissance minutieuse de leur enfant ; par leur instinct parental notamment qui oriente le médecin et son jugement, et par conséquent, son ressenti sur l'enfant et la situation actuelle. Cette notion finalement de gut feeling parental est rapportée dans la ronde de Dephi de Thomas Pernin (médecin généraliste, spécialisé en médecine d'adolescent et du jeune adulte et Médecin Chef de Clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève), à l'origine d'une étude sur le gut feeling et les infections pédiatriques sévères aux urgences pédiatriques : " le gut feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager..." (7). Cette notion est corroborée par l'étude de Van den Bruel (Professeur au département des soins primaires de l'université d'Oxford) stipulant que : " ...L'intuition est basée sur les conditions de l'enfant, le comportement des parents...le sentiment intuitif chez le médecin en soins primaires était aussi fortement influencé par la préoccupation parentale, spécifiquement quand la maladie était différente d'une expérience précédente.(...) Cela peut être expliqué par les préoccupations parentales qui encouragent la sensibilité, qui angoissent sur la présence d'une infection sévère même avec un examen clinique rassurant." (26). Les parents seraient donc des lanceurs d'alerte car ayant le recul nécessaire de la connaissance de l'enfant. En effet, quand le médecin ne dispose que d'une photo du patient à l'instant T, les parents fourniraient le film de l'événement actuel.

- La part de l'expérience

Il est nécessaire de faire la part des choses entre le GF et l'expérience.

En effet, si ces deux notions peuvent paraître liées comme cela a été développé dans la thèse de Thiry A.S (23) où il est rapporté que : “ le médecin généraliste acquiert au fur et à mesure de sa pratique une certaine expérience qui lui permet par la suite d’être plus apte et plus rapide à reconnaître des signes...ou certains modèles déjà rencontrés l’amenant à poser plus rapidement un diagnostic correct ” ou encore “ ...Le clinicien organise automatiquement les informations reçues en des ensembles qui ressemblent à des modèles mentaux précédemment acquis. Ces modèles sont donc le fruit de son expérience ”.

Ces remarques sont appuyées par cette étude d’Eric Stolper qui mentionne que : “ Les intuitions sont souvent basées sur les résultats de reconnaissance de formes familières. L’expérience du médecin de situations antérieures modifie son intuition pour les prises en charge à venir ” (25).

De ce fait au travers de cette thèse de Thiry A.S, on comprendrait le GF comme étant une certaine forme d’aboutissement de l’expérience maximale.

Dans certains ouvrages on compare le gut feeling à une sorte d’expertise médicale qui s’acquière avec une forme d’expérience mais cela est plus complexe qu’il n’y paraît comme décrit par Dreyfus H.L et S.E, respectivement Professeur en philosophie et son frère Professeur en mathématiques appliquées à Berkeley (27) :

- le premier niveau, celui du novice (interne) : qui utilise des règles indépendantes du contexte et négligerait les indices pertinents possibles. Pour illustrer : le jeune interne débutant qui appliquerait par cœur sa théorie, sans l’adapter au contexte, en ne tenant pas compte des diagnostics différentiels.
- les deux niveaux suivants seraient des affinements de ce raisonnement par les règles permettant une meilleure prise en compte du contexte. Par exemple, toute douleur abdominale n’est pas une appendicite, surtout en contexte épidémique.
- au quatrième niveau, le sujet dépasserait le raisonnement analytique (acquis par l’apprentissage de la clinique et l’expérience) et utiliserait une reconnaissance holistique (globale). Illustrons par un patient orienté pour boiterie et qui présente “en plus” une douleur abdominale, un lien direct est établi en faveur d’un psöitis probable.
- enfin, aux plus hauts niveaux, l’expert utiliserait des intuitions qu’il ne pourrait pas vraiment expliquer car l’intuition est ce que le conscient perçoit des traitements automatiques inconscients.

J'ai vécu une autre anecdote aux urgences, une douleur abdominale atypique, une clinique rassurante, aucun traumatisme, une biologie normale mais "un je ne sais quoi" et découverte au scanner d'une rupture spontanée de la rate avec hémopéritoine.

On peut observer ici une forme d'explication de la genèse de l'intuition où l'expérience a sa place, mais pas uniquement puisque celle-ci n'est plus mentionnée dans les derniers niveaux du processus d'élaboration du sentiment intuitif.

Dans le tableau analytique des résultats, présenté précédemment, il apparaissait intéressant d'essayer de faire la part des choses entre l'intuition et l'expérience. C'est la raison pour laquelle, étaient mises en avant des caractéristiques pouvant entrer dans cette notion d'expérience : âge, début d'activité, nombre de consultations pédiatriques, formation.

Les relations entre les différentes composantes de l'expérience et leur influence sur l'emploi du GF sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Caractéristiques de l'expérience	âge > 50 ans	ancienneté de l'activité	consultation pédiatrique importante	importance du nombre de douleur abdominale/mois	formation pédiatrique initiale complémentaire
Influence sur l'emploi du GF	oui	oui	oui	non	non

Il est donc probable que l'ensemble des critères défendus, dans ces tableaux ne suffisent pas à comprendre comment et pourquoi certains médecins utilisent, en pratique décisionnelle courante, le GF et d'autres non. D'autres paramètres entrent donc en compte dans le cheminement intellectuel aboutissant ou non à considérer le GF de manière significative dans le choix d'orientation et de prise en charge.

On ne peut donc pas résumer que plus l'expérience du médecin est importante, plus l'intuition est fine.

Cette théorie est appuyée d'une part dans les travaux de Chipeaux E. sous la direction du Dr Barais. M, on note dans leurs travaux la remarque suivante : “ ...cependant l'intuition est également présente chez les novices...” (19). On peut donc observer, ici, que si l'intuition est présente chez un médecin novice, l'intuition n'est alors pas synonyme d'expérience. La synergie entre expérience et intuition n'est donc pas uniforme. On retrouve les mêmes constatations dans l'étude de Steven.P. Hams, médecin chercheur à l'université d'Oxford : “...Les participants ont également souligné que le sentiment intestinal est souvent présent chez les étudiants et les infirmières nouvellement qualifiées...” (28).

Enfin, dans le travail de Thiry A.S et Barais.M (23), il est également rapporté un lien inverse entre expérience et gut feeling, en mettant en avant que l'expérience ne permettait pas de développer le gut feeling du médecin.

Par ailleurs, Stolper.E décrit aussi, selon ses résultats, que les médecins généralistes expérimentés percevaient un sens de l'alarme à hauteur de 7.4% des cas de leurs consultations et les médecins généralistes inexpérimentés dans 11.4 % (2). Dans l'étude de 2004, Stolper décrivait que le sentiment d'alerte était plus ressenti par les médecins en formation (25). Une étude sur le gut feeling en pédiatrie a montré également que l'importance diagnostique laissée au GF avait peu changé avec l'expérience clinique, que plus les médecins étaient anciens, moins ils avaient tendance selon eux à éprouver ce sentiment (26). Dans cette même étude, il est de la même manière rapporté que : “ les médecins moins expérimentés rapportent plus souvent le gut feeling que leurs seniors(...) Cependant, le pouvoir diagnostique du gut feeling n'est pas meilleur chez les médecins expérimentés que chez les non expérimentés”.

Au vu de la littérature et de nos propres résultats, comme ceux décrits du tableau analytique, nous pouvons donc constater que le lien entre expérience et gut feeling n'est pas simple. Par conséquent, nous nous sommes intéressés aux facteurs influençant ce processus décisionnel intuitif qu'est le gut feeling. Ceux-ci pouvant se manifester lors de la volonté ou non par le médecin de l'emploi du gut feeling dans la décision médicale.

b. Facteurs gouvernant l'emploi du gut feeling dans la décision médicale

Si nous avons pu mettre en évidence dans notre étude une nette tendance à avoir recours au GF, par les médecins, dans leurs prises de décisions en fin de consultation, il est nécessaire de préciser que ce n'est pas non plus la totalité des médecins qui y ont recours. Comme dit précédemment, entrent probablement en jeu des facteurs influençant l'utilisation concrète du GF dans la décision médicale. Il est important de bien faire la différence entre éprouver un ressenti, une intuition et lui donner un crédit suffisant pour l'utiliser en pratique.

- Le gut feeling, une omniprésence : vers un enseignement ?

Tout d'abord on peut noter que d'après le tableau analytique le lieu d'exercice n'interviendrait pas dans l'utilisation du GF. L'impact du facteur qu'est le lieu d'installation renvoyant à la notion générale "d'isolement", notamment en terme d'examens complémentaires ou avis spécialisés, ne serait donc pas, dans ce travail, un facteur d'influence c'est-à-dire que "l'isolement rural" ne majorerait pas le recours au GF exclusivement ce qui pourrait contrebalancer les idées reçues. Cette absence de répartition géographique du gut feeling confirme-t-elle le fait que, si ce sentiment est présent chez tout médecin (sous-entendu tout type d'exercice médical face à n'importe quel profil de population); nous pourrions arriver à le rendre reproductible d'un médecin à l'autre et donc l'enseigner ? Cette hypothèse est développée aussi, dans le travail de Chipeaux E. (19) où il est rapporté que : "la plupart des médecins généralistes néerlandais pensent que le gut feeling pourrait faire l'objet d'un enseignement car utilisé en pratique quotidienne".

- La fréquence de la douleur abdominale aiguë de l'enfant

Ensuite, le nombre de consultations pour douleurs abdominales aiguës par mois ne serait pas proportionnel à l'emploi du GF. En effet, les médecins ayant une fréquence de consultation élevée pour ce motif n'ont, pour la plupart, pas recours au GF. A l'inverse, les médecins voyant beaucoup moins de douleurs abdominales aiguës, par mois, ont une tendance importante à avoir recours au GF. On peut se demander si les médecins qui voient de nombreuses douleurs abdominales par mois sont plus confrontés à des cas complexes ou des issues inattendues, ce qui majorerait leur prudence et les pousserait à demander des examens complémentaires.

Inversement, les médecins qui y sont peu confrontés ne prendraient pas toute la mesure de la difficulté diagnostique et d'appréhension de ce genre de pathologie et se reposeraient uniquement sur leur clinique. L'intuition peut-elle alors pallier un manque de pratique ?

- La confiance en soi : véritable levier

Un autre élément de poids, dans l'écoute ou non par le médecin de son intuition, est la notion de confiance en soi. On ne peut éluder le fait qu'une notion si personnelle comme l'intuition, ne soit pas dépendante de ce sentiment. Les médecins qui expriment clairement une tendance à avoir confiance en eux ont, pour la quasi-totalité d'entre eux, recours au GF dans notre étude.

Ces éléments sont retrouvés dans la littérature et exposés dans la thèse de Thiry : "...Nous nous sommes rendus compte pendant notre travail que le participant 5 qui affirmait qu'il avait peu confiance en lui, avait plus de difficultés, que les autres participants à utiliser son gut feeling, préférant se baser sur une médecine factuelle et rationnelle ..." (23). Cela est corroboré par la littérature où les médecins rationnels auraient plus de mal à développer leur GF, comme les cliniciens ayant peu confiance en eux (3).

Dans sa thèse, Lorenzo.M, développe le rapprochement qui peut être fait entre la capacité à gérer l'incertitude et le gut feeling. Il explique que le gut feeling pourrait être la manifestation de la situation du médecin vis à vis de l'incertitude : le "ça cloche" indiquerait au médecin qu'il ne doit pas tolérer une situation d'incertitude, et à l'inverse, le "ça colle" indiquerait qu'il peut tolérer cette incertitude (29). Donc, on peut raisonner ainsi : l'utilisation du gut feeling viendrait de la capacité du médecin à s'adapter face à une incertitude diagnostique *Annexe 3*. Ainsi, un médecin ayant peu confiance en lui aura une tolérance à l'incertitude et donc au risque plus faible et de ce fait, aura beaucoup plus tendance à ne pas se fier à de l'intuitif mais au rationnel, notamment au travers d'explorations complémentaires.

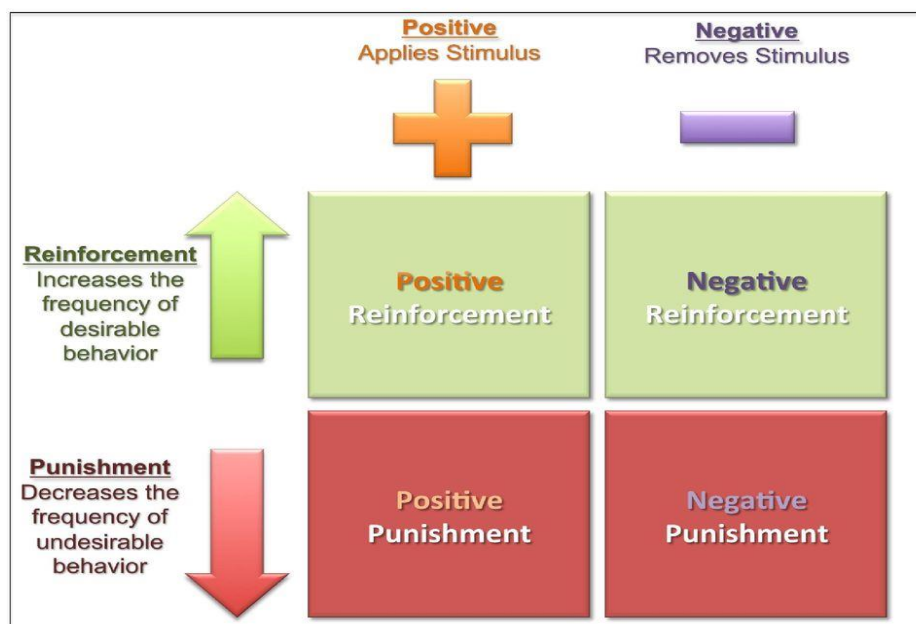
- Le renforcement positif et négatif

Cette notion primordiale, qu'est la confiance en soi, est également liée au concept de renforcement. Le renforcement positif, consistant à donner au sujet un stimulus agréable, est un événement qui augmente la fréquence d'apparition d'un comportement grâce à un stimulus agréable. En médecine, si un médecin est confronté à une situation dans laquelle il s'est fié à son GF et que cela a permis d'obtenir un diagnostic ou une réponse au problème posé, cela ne fera qu'augmenter la confiance qu'il a en son ressenti et, par conséquent, sa confiance en lui.

A contrario, le renforcement négatif consiste à supprimer un stimulus. Il s'agit d'un événement qui augmente la fréquence d'apparition d'un comportement grâce à un retrait ou à l'arrêt d'un stimulus. Donc, si un médecin a retiré un mauvais ressenti d'une expérience intuitive ; ne pas réitérer le même comportement ou schéma décisionnel pourra déboucher, lors d'une confrontation future, à un succès de sa prise de décision intuitive et probablement sublimer son renforcement négatif en renforcement positif. In fine, il en découlera une augmentation de sa confiance en soi et en son processus décisionnel intuitif. On comprend alors mieux que, dans notre étude, les médecins ayant fait référence à ce renforcement négatif ont stipulé qu'ils avaient même été plus impactés par ce ressenti négatif. En apprenant à accepter ce ressenti négatif, cela les rendait plus forts face aux situations d'erreur, tout en en tirant des conséquences en terme de bénéfice sur leur raisonnement médical. Donc, peut on supposer que le recours au gut feeling en favorise l'utilisation grâce aux renforcements? *Illustration 1.* Le terrain et la confrontation aux situations compliquées conditionnent le recours au GF.

Illustration 1 : le renforcement positif et négatif : leurs conséquences. Selon Skinner, 1953.

Conditionnement opérant Skinner 1953



- L'incertitude diagnostique

Ensuite, la notion d'incertitude diagnostique apparaît comme pouvant limiter l'implication du GF dans la décision finale. En effet, si dans notre étude le GF se définit au travers d'une orientation binaire vers le "ça colle" ou le "ça cloche", le choix n'est pas toujours évident de laisser partir le patient sans diagnostic précis. Cette notion d'incertitude pourra-t-elle limiter l'orientation du médecin s'il n'est pas convaincu de son diagnostic mais surtout s'il ne l'est pas d'avoir exclu l'urgence ? Le GF ne renvoie pas, au travers de sa définition, à une notion de fiabilité théorique mais à une notion empirique.

Paradoxalement, c'est dans les situations d'incertitude que celui-ci se manifeste et apparaît comme le plus efficace (19), (24). Contrairement aux idées reçues, un simple jugement « d'instinct » peut l'emporter sur un long raisonnement. L'intuition permet souvent de prendre les bonnes décisions. Lorsque nous sommes confrontés à un dilemme, à une situation inconnue ou urgente, laisser surgir l'inconscient, réagir dans l'immédiateté, permet une réponse plus appropriée et plus rapide que l'analyse logique et l'examen exhaustif de multiples données.

Trop d'informations nous rendent moins performants : plus il y a de variables, plus les choix sont difficiles (30).

La notion empirique du gut feeling va être à l'origine, pour les médecins qui y attachent une importance dans leur prise de décision, d'une certaine forme de prudence. En effet, sur l'ensemble des médecins ayant partagé leurs anecdotes au sujet de l'utilisation du GF, la majorité de ces anecdotes entraient dans la définition du "ça cloche", c'est-à-dire des cas où la clinique reste peu informative et le doute subsistant, des examens complémentaires ou une orientation vers les urgences est décidée, rassurant le médecin. A l'inverse, peu de cas de "ça colle" ont été rapportés du fait, peut-être, du trop grand risque de ne raisonner que sur la clinique et l'intuition, dans une société d'obligation de moyens avant même de résultats, c'est-à-dire en faire beaucoup, qu'importe la rentabilité. Nos résultats vont dans le même sens que ceux des focus groupe de Thiry A.S qui expliquent que les médecins placent la notion de réassurance "ça colle" au second plan par rapport au "ça cloche", là aussi probablement car ils ne sont jamais totalement rassurés (23).

On notera aussi, dans la ronde de Delphi de Coppens.M, le fait que la fiabilité accordée par le médecin au sujet de sa réassurance, son “ça colle”, est provisoire et temporaire car il doit garder une attitude de prudence indispensable jusqu’à réévaluation (1). En dehors du sentiment d’alarme du “ça cloche”, débouchant sur une exploration maximale de la suspicion diagnostique, le “ça colle” ne se verra accepté par le médecin si et seulement si une réévaluation est faisable. Ainsi, se dessine les champs possibles d’application du “ça cloche” et de sa vocation d’alarme ; du “ça colle” et de son synonyme de réévaluation. Peut-être alors que d’un “ça colle” découle un “ça cloche” en l’absence de réévaluation médicale possible.

2. Place accordée au gut feeling dans la société : une utilisation limitée

A. Une barrière sociétale

Dans la préface de son livre, Gerd Gigerenzer, psychologue allemand, mentionne le fait que “ la société ne cesse de réprimer l’intuition. Nous, les Européens et plus particulièrement nous, les Français avons construit notre monde sur la supériorité de la raison”, “ Nos systèmes éducatifs attachent de la valeur à tout sauf à leur intuition.” (30).

Notre société base sa logique de fonctionnement et de réflexion tous domaines confondus, sur un raisonnement cartésien, c’est à dire que, pour exemple : “ lorsque l’on s’entend accuser d’esprit cartésien, cela signifie à l’inverse qu’un esprit plus vague et plus inspiré pourrait obtenir davantage de résultats ou approcher plus près du réel” (31). Par définition la logique cartésienne s’oppose donc à la logique intuitive. Cela ne laisse alors à l’intuition qu’une utilisation limitée car de l’ordre du ressenti, de la perception extrasensorielle, et donc éloignée du raisonnement.

B. Une entrave médico légale

De cette philosophie est né le terme médico-légal d’obligation de moyens. Cette notion est tirée du monde du commerce et de la finance. Celle-ci fait référence en médecine au fait que le médecin doit tout mettre en œuvre, tant son savoir que les outils à sa disposition, pour soigner le patient.

Cette notion est bien loin de la réalité médicale M8: *“on s’est inventé son obligation de moyens qui fait qu’il est obligé de faire bientôt une écho face à trois enfants qui ont la même chose, c’est-à-dire trois enfants de la même famille qui ont une gastro entérite...”*

De ce fait, quelle place reste-t-il légalement au GF ? Cette notion d’obligation de moyens et cette thématique du médico-légal constituent une des explications principales à la prédominance d’anecdotes en faveur du “ça cloche” car il y aura toujours moins de conséquence à s’alarmer pour rien qu’à ne pas s’alarmer du tout. Cette notion médico-légale peut-elle venir corrompre le substratum du raisonnement médical qu’est le GF ? En effet, quel poids possède un raisonnement personnel subjectif face à l’objectivité de l’examen paraclinique ?

Et pourtant, on pourrait justifier concrètement, scientifiquement, le recours au GF car on peut retrouver dans cette étude, de Stolper. E de 2010, que les fausses alarmes existent mais permettent au médecin d’être plus alerte sur les autres cas “ se baser sur le gut feeling a le potentiel de prévenir deux sur six des cas qui ont été oubliés soit 33% au prix de 44% fausses alarmes soit 1.3%” (32).

Dans la thèse d’Anne Cécile Andro de Schotten, le GF est décrit comme “ un moyen préventif de l’erreur dans sa composante “sens de l’alarme” et montre son intérêt dans la consultation de médecine générale : éviter l’erreur” (22). Ces éléments pourraient être le début d’une considération légale du GF.

Les parents ont également un poids médico-légal de nos jours car leur avis est pris en compte dans la décision médicale non pas toujours en tant que conseiller connaissant bien son enfant, mais pour s’assurer que tout est bien mis en œuvre dans l’application de cette obligation de moyens.

Certains pays européens ont pourtant déjà pris en compte lors de décisions de justice le gut feeling comme élément opposable lors de conflits ; notamment les Pays Bas et l’Allemagne, même si cela n’est pas commun à tous les pays européens (33) . Un sentiment d’alarme joue parfois un rôle dans les décisions des tribunaux disciplinaires médicaux aux Pays-Bas. Étant donné que ces jugements sont considérés comme établissant des normes d’attitude professionnelle aux Pays-Bas, la question se pose de savoir comment les tribunaux néerlandais ont évalué le gut feeling et comment les tribunaux d’autres pays européens le prennent en compte ?

Une étude exploratoire a effectué des recherches dans deux bases de données numériques néerlandaises (2000-2008) et a demandé à 26 représentants nationaux du Réseau européen de recherche sur la pratique générale des informations sur le rôle du GF dans les décisions des tribunaux. Un sentiment d'alarme a été mentionné dans les jugements rendus dans 34 affaires néerlandaises. Il n'a presque jamais été reproché aux accusés d'avoir manqué le bon diagnostic, mais surtout de ne pas avoir agi de manière professionnelle. Le sentiment d'alarme a été désigné comme un outil de diagnostic pour évaluer la situation d'un patient, bien que les jugements indiquent qu'il doit être suivi par d'autres étapes de diagnostic. Le rôle du GF, dans les décisions des tribunaux disciplinaires en Europe n'est pas clair. Les auteurs concluent que le sentiment d'alarme en tant qu'outil de diagnostic a été pris au sérieux par les tribunaux néerlandais. Son développement en temps opportun est considéré comme un élément des normes professionnelles pour les médecins.

In fine, sur le plan sociétal et légal la légalisation en Europe, du moins en France, du GF semble encore prématurée car, d'une part, le système de soin est consommé comme un produit, un service et comme tout service on en attend un rendu maximum comme par exemple la demande d'examens complémentaires à outrance. Par conséquent, il faudrait d'abord rééduquer les patients en définissant de nouveau les conditions de l'accès au médecin comme fait aux Pays Bas. Puis, une fois la conscience collective rééduquée, il faudrait revoir probablement cette entité de l'obligation de moyens qu'il semble difficile de faire cohabiter avec le sentiment intuitif car ils ne relèvent pas de la même philosophie. Cela vient s'ajouter au poids décisionnel du médecin déjà lourd habituellement, d'autant plus avec cette sensation intuitive encore peu reconnue.

Notre société peut être qualifiée de schizophrène car elle légalise d'un côté l'obligation de moyens et de l'autre elle contraint à l'économie dans le domaine de la santé.

Pourtant, ce gut feeling est appliqué de manière importante en médecine générale, particulièrement dans le domaine pédiatrique comme démontré chez les médecins généralistes du Lot et Garonne, qui spontanément l'ont exprimé au cours de l'étude de Thiry A.S, (23) : "...L'incertitude se manifeste, notamment en pédiatrie, puisque les cliniciens de soins primaires voient souvent les enfants au début de leur pathologie quand les symptômes caractéristiques ne sont pas encore développés. Dans ces situations les cliniciens se rapportent au gut feeling...".

De plus, rappelons que le GF se manifesterait principalement en situation d'incertitude comme rappelé dans l'article de Pernin T. (9), sur le GF aux urgences pédiatriques, ce qui est le cas, en médecine générale, où l'on est fréquemment confronté à cette incertitude. Enfin, comme dit dans la thèse de Lorenzo.T, en médecine, l'incertitude diagnostique s'accepte ou pas selon son ressenti intuitif.

CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer que, dans leur pratique quotidienne, les médecins généralistes étaient régulièrement confrontés à ce sentiment intuitif, très personnel, du gut feeling. Celui-ci se manifeste dans le raisonnement médical principalement lors de situations complexes ou d'incertitude, là où l'Evidence Based Medicine et les recommandations font parfois défaut. Ce type de situations est assez bien illustré par toute la complexité de la consultation de l'enfant pour une douleur abdominale aiguë, rencontrée régulièrement en consultation de médecine générale.

Il est apparu nécessaire d'un côté de comprendre de quels éléments sont constitués ce ressenti, mais d'autant plus de comprendre quels étaient les facteurs qui influençaient le médecin quant à son utilisation, en pratique courante. En effet, comprendre le recours à l'utilisation d'une émotion, d'un ressenti, nécessite de connaître et de tenir compte du médecin (confiance en soi...) mais aussi de l'environnement dans lequel le GF naît et peut ou non s'épanouir et s'appliquer en tant que tel dans la prise en charge.

S'il apparaît que la majorité des médecins applique le GF lors de leur prise de décision, une nuance est à apporter sur le fait que le "ça cloche", le sentiment d'alerte prédomine. Probablement cela est-il lié au fait que si ce sentiment naît en appartenant initialement au médecin, il est par la suite évalué par celui-ci au travers de ce qui est accepté et acceptable médico-légalement par la société. Peu à peu, la médecine échappe aux médecins et à elle-même.

Si ce GF semble donc reconnu de plus en plus unanimement, sera-t-il alors de plus en plus accepté pour en permettre son apprentissage ? En effet, dans notre étude nous avons réussi à mettre en évidence que l'expérience et l'intuition ne seraient qu'en partie liées. De ce fait, si nous considérons ces deux entités comme distinctes l'une de l'autre, cela pourrait permettre d'enseigner l'intuition tout en laissant croître l'expérience. Nous avons également rapporté que les médecins seniors, dans certaines études, n'utilisaient que peu leur GF.

Ainsi, existerait-il un processus de vases communicants, entre l'intuition du jeune médecin d'un côté, palliant le manque d'expérience, laissant alors du temps à celle-ci de se développer ? Enseigner le GF permettrait-il un gain de qualité de soins, de temps ? Serait-ce faire prendre à la formation médicale un raccourci efficace par rapport à l'expérience liée au temps ?

L'enseignement d'une nouvelle discipline médicale passe indubitablement par une légalisation de celle-ci. Le GF commence à être reconnu en tant que tel dans la décision médicale notamment aux Pays Bas, sur son versant de sens de l'alarme, qui fait foi de son efficacité selon les différentes affaires juridiques recensées. Si le GF venait à être reconnu légalement, un vaste champ d'applications s'ouvrirait alors et il pourrait être utilisé dans de nombreuses pathologies où son rôle serait majeur, surtout en soins primaires. Certaines études ont débuté en ce sens, comme exposé par le Dr Barais. M, lors du congrès du CNGE (collège national des enseignants généralistes) de 2019, au sujet de l'emploi du GF dans la prise en charge ambulatoire de la douleur thoracique et la dyspnée (34). La douleur thoracique en médecine générale est un motif fréquent de consultation, de sémiologie différente en soins primaires, avec des symptômes discriminants rares et pathognomoniques encore plus rares. Il apparaît, dans ce travail que le sens de l'alarme (SA) possède dans le cas de la douleur thoracique/dyspnée en soins primaires, une sensibilité de 61 % et une spécificité de 71% (34).

Pour conclure, nous pourrions proposer de poursuivre ce travail par une étude quantitative afin de déterminer la valeur prédictive du sens de l'alarme dans la douleur abdominale aiguë pédiatrique, en médecine générale. En effet, le "ça cloche" est plus facilement utilisé par les médecins comme montré dans notre étude. Si de nouvelles recherches viennent appuyer cette efficacité, une reconnaissance légale puis un enseignement pourraient alors se développer.

*« La sagesse c'est d'avoir des rêves suffisamment grands
pour ne pas les perdre de vue lorsqu'on les poursuit »*

O. Wilde.

BIBLIOGRAPHIE

1. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». 2010;22:5.
2. Stolper E. Gut Feelings in general practice. In Maastricht; 2010. Disponible sur: <http://www.gutfeelings.eu/>
3. Stolper E, Van Bokhoven MA, Houben P, Van Royen P, Van de Wiel M. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants | BMC Family Practice | Full Text [Internet]. 2009 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-17>
4. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. J Gen Intern Med. févr 2011;26(2):197- 203.
5. Stolper E. Gut feelings in General Practice. Significance and consequence. In Kavala (Grèce); 2006. p. 25.
6. Stolper E, Royen P van, Dinant GJ. The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. Eur J Gen Pract. 1 janv 2010;16(2):72- 4.
7. Pernin T. Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgence pédiatrique français : Etablissement d'un consensus national . 2016.
8. Touboul P. GUIDE METHODOLOGIQUE POUR REALISER UNE THESE QUALITATIVE [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
9. Pernin T, Bourillon A, Stolper E, Baumann L. Vers un consensus sur le Gut Feeling aux urgences pédiatriques françaises. MEDECINE. 2017;13(5):221- 7.
10. Robo P. A PROPOS DE RECHERCHE ET DE METHODES QUALITATIVES. 1995.
11. Bouet P, Mourgues JM. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE. Ordre national des médecins; 2018 p. 69- 70.
12. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. Profil Médecin. 2019 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
13. Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/atlas-demographie-medicale-2015>
14. Weber F, Beaud S. Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques. Nouvelle édition de Paris : La découverte. 2003. 356 p.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 19(84):4.
16. Hennebo N. GUIDE DU BON USAGE DE L'ANALYSE PAR THEORISATION ANCREE PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE [Internet]. 2009. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
17. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? :13.
18. Boige N, Missonnier S. L'enfant ventriloque. Rev Francaise Psychosom. 2004;no 26(2):119- 47.
19. Chipeaux E. Le gut feeling chez les médecins généralistes du Finistère : définition, modélisation et implications. 2011.
20. Haas H. Douleurs abdominales aiguës [Internet]. Elsevier Massons; 2015. Disponible sur: <https://fr.pap-pediatrie2-poc.elsevier.cc/consulter/douleur-neuro/douleurs-abdominales-aigues>

21. Netgen. Utilisation des recommandations pour la pratique clinique en médecine interne générale : quoi de neuf ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-584/Utilisation-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique-en-medecine-interne-generale-quoi-de-neuf>
22. Andro de Schotten MC. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur. 2011.
23. Thiry A-S. Quelle est la perception du `` gut feeling '' dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne? :88.
24. Bourgy M. L'adaptation cognitive et l'improvisation dans les environnements dynamiques : pour une intégration de l'expérience sensible dans les modèles de l'activité experte. 2012.
25. Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Hendriks RHM, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, et al. How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship? Adv Health Sci Educ. 1 mai 2015;20(2):499- 513.
26. Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. BMJ. 25 sept 2012;345(sep25 2):e6144- e6144.
27. Dreyfus H, Dreyfus S. Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer. New York: The Free Press; 1986.
28. Hams SP. A gut feeling? Intuition and critical care nursing. Intensive Crit Care Nurs. oct 2000;16(5):310- 8.
29. Lorenzo M. TOLERANCE A L'INCERTITUDE EN MEDECINE GENERALE. 2013.
30. Gigerenzer G. Le Génie de l'intuition : intelligence et pouvoirs de l'inconscient. Belfond. 2009. 35 p.
31. David A. La cybernétique et l'humain. 1965. 53 p.
32. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study | The BMJ [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6144>
33. Stolper E, Lagemaate J, Dinant G. how do disciplinary tribunals evaluate « the gut feelings » of doctors ? An analysis of dutch tribunal decisions, 200-2008. J Law. 2010;
34. Barais M. Valeur prédictive du sens de l'alarme ressenti par le médecin généraliste face à un patient consultant pour une dyspnée et /ou douleur thoracique. [Internet]. Powerpoint présenté à; 2019; Nantes. Disponible sur: http://presentations.congrescngc.fr/2019/movie/Salle_200/CO38_-_Donnees_issues_de_methodes_differentes/Intervention_304/sens_de_l_alarme_barais_salle_200_14H_28_novembre_-Published-/index.html

ANNEXES

Annexe 1 : Script d'entretien initial

A. Texte de présentation du début d'entretien

- Présentation personnelle
- Présentation rapide de la problématique
- Informations :
 - Recueil anonyme, sans jugement avec enregistrement audio
 - Importance des témoignages personnels
- Recueil du consentement oral pour la participation à l'étude
- Question de l'enquête ?

B. Questionnaire quantitatif sociodémographiques pour caractériser l'échantillon sexe

- Age
- Lieu d'installation
- Type d'exercice
- Durée d'installation ou du début de l'activité
- Quel est le nombre de votre patientèle ?
- Quel est le nombre de patients que vous voyez par jour ?
- La part estimée de la patientèle pédiatrique
- Expérience en pédiatrie (stage durant l'externat, l'internat, formation complémentaire...)
- Fréquence estimée de la consultation pour douleur abdominale aigüe en pédiatrie
- L'enquête est-il parent ?

C. Entretien

Généralités :

- a) Pourquoi êtes-vous devenu médecin ?
- b) L'examen clinique comme seul arsenal diagnostique du médecin généraliste : qu'en pensez-vous ?

La douleur abdominale aigüe :

- a) Quels premiers sentiments s'imposent à vous face à un patient consultant pour ce motif ? Développez.
- b) Que pensez-vous de vos compétences en pédiatrie ?
- c) Et plus particulièrement dans le domaine de sémiologie de la douleur abdominale aigüe chez l'enfant ? Développez.

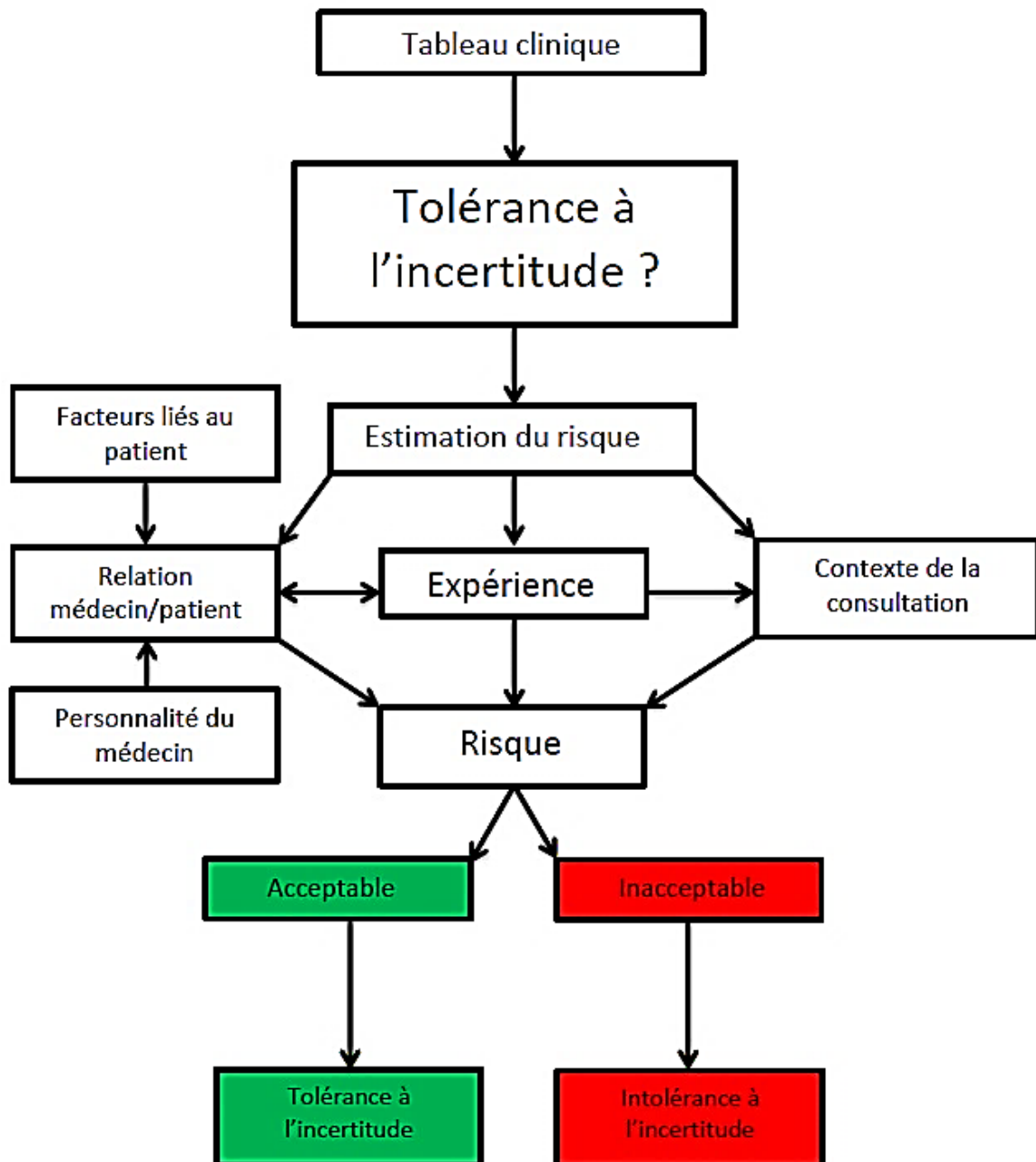
Pédiatrie : la douleur abdominale :

La douleur abdominale aigüe de l'enfant peut paraître complexe, selon vous pourquoi ?

Le « gut feeling » ?

L'intuition qu'on appelle aussi « gut feeling = sensation tripale » peut se définir comme une sensation intérieure, un ressenti, une intuition binaire du :

- « Ça cloche » : sensation d'alarme définie comme un malaise perçu par le médecin s'inquiétant d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'il n'a pas d'éléments objectifs pour cela.
 - « Ça colle » : sensation de réassurance définie comme une impression de sécurité perçue par le médecin sur la prise en charge et l'évolution ultérieure du problème du patient alors qu'il n'est pas forcément certain du diagnostic.
- a) Expliquez, si vous l'avez déjà ressenti, face à une douleur abdominale aigüe de l'enfant, ce sentiment d'une issue défavorable pour votre patient alors que vous n'aviez pas d'éléments objectifs pour cela ? développez.
 - b) Expliquez, si vous l'avez déjà ressenti, ce sentiment de réassurance concernant le tableau clinique d'une douleur abdominale aigüe de l'enfant malgré le fait que vous n'avez pas tous les critères requis sous-tendant vos raisonnements habituels ? Développez.
 - c) Quelle est la place de l'intuition en médecine aujourd'hui selon vous ?



PLACE DU “GUT FEELING” DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ABDOMINALE AIGUË DE L’ENFANT :

Etude qualitative auprès de douze médecins

Contexte : La thématique du gut feeling est une notion émergente étudiée depuis une dizaine d’années mais pas dans le domaine de la douleur abdominale aiguë en pédiatrie. **Objectif** : L’objectif principal de ce travail était de déterminer la place que pouvait occuper le gut feeling lors d’une consultation de médecine générale pour douleur abdominale aiguë chez l’enfant. **Méthode** : Une étude qualitative a été menée au travers d’entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts de France recrutés en recherche de variation maximale. La saturation des données est apparue après dix entretiens et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires. **Résultats** : La douleur abdominale aiguë pédiatrique est une source d’appréhension chez le médecin. En effet l’élimination de l’urgence, notamment chirurgicale est une priorité. Le raisonnement médical pour y parvenir est rendu difficile par de multiples obstacles. Le médecin s’appuie sur ses connaissances théoriques au travers de son examen clinique et des recommandations. Cependant l’évidence base médecine et les recommandations semblent ne pas être suffisantes ou parfois inadaptées à des situations d’incertitude diagnostique. Ainsi, le gut feeling semble combler ce manque, ce qui est corroboré par la littérature. Notre étude a montré que de nombreux facteurs influençaient le ressenti du GF comme la connaissance du patient (un patient habituel consultant pour des motifs inhabituels appelle à la prudence et cette sensation intuitive modifie le schéma de routine de la consultation) ou la parentalité du médecin (qui augmente son vécu personnel et donc professionnel). L’expérience va elle aussi avoir un impact sur ce sentiment. Le gut feeling dépend également de paramètres intervenant sur son utilisation sur le terrain : des facteurs liés au médecin comme la confiance en soi (véritable levier de l’emploi du GF) et des éléments issus de versants de l’expérience comme le renforcement. L’incertitude diagnostique et enfin la temporalité de la consultation dans la journée ou la semaine où se déroule la consultation, joueront sur l’écoute par le médecin de son intuition. Il existe par ailleurs des paramètres indépendants du médecin comme l’obligation de moyens et le niveau de littératie et d’anxiété des parents de l’enfant qui interféreront sur sa prise de décision. Tout cela s’inscrit dans le contexte d’une société cartésienne qui ne laisse à l’intuition qu’une utilisation limitée car de l’ordre du ressenti, de la perception extrasensorielle, et donc éloignée du raisonnement. **Conclusion** : Le gut feeling semble avoir une place importante et nécessaire face à l’incertitude diagnostique, principalement de par son sens de l’alarme.

Mots clés : Médecine, médecins généralistes -- Hauts de France (France) -- Gut feeling, intuition -- Pédiatrie, enfant -- Douleur abdominale, abdomen aigu.

PLACE OF “GUT FEELING” IN THE MANAGEMENT OF ACUTE ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN:

Qualitative study with twelve doctors

Context: The theme of gut feeling is an emerging concept studied for ten years but not in the field of acute abdominal pain in pediatrics. **Objective:** The main objective of this work was to determine the place that gut feeling could occupy during a consultation of general medicine for acute abdominal pain in children. **Method:** A qualitative study was conducted through semi-structured interviews with general practitioners from Hauts de France recruited in search of maximum variation. The saturation of the data appeared after ten interviews and was confirmed by two additional ones. **Results:** Acute pediatric abdominal pain is a source of concern to the doctor. Indeed, the elimination of the emergency, especially surgical is a priority. Medical reasoning to achieve this goal is made difficult by multiple obstacles. The doctor relies on his theoretical knowledge through his clinical examination and recommendations. However, Evidence Based Medicine and the recommendations do not seem to be sufficient or sometimes unsuitable for situations of diagnostic uncertainty. So the gut feeling seems to fill this lack which is corroborated by the literature. Our study showed that many factors influenced the feeling of GF (gut feeling) such as the knowledge of the patient (a usual patient consulting for unusual reasons calls for caution and this intuitive feeling modifies the routine diagram of the consultation) or the parenthood of the doctor (which increases his personal and therefore professional experience). The experience will also have an impact on this feeling. The gut feeling also depends on parameters involved in its use in the field: factors linked to the doctor such as self-confidence (real lever for the use of GF) and elements from aspects of experience such as reinforcement. The diagnostic uncertainty and finally the moment when the consultation takes place (the temporality) will play on the listening by the doctor of his intuition. There are also parameters independent of the doctor such as the obligation of means and the level of literacy and anxiety of the parents of the child who will interfere with his decision-making. All this is part of the context of a Cartesian society which leaves to the intuition only a limited use because of the order of the feeling, of the extrasensory perception, and therefore distant from the reasoning. **Conclusion:** Gut feeling seems to have an important and necessary place in the face of diagnostic uncertainty, mainly because of his sense of alarm.

Keywords : Medicine, general practitioners -- Hauts de France (France) -- Gut feeling, intuition -- pediatrics, child -- Abdominal pain, abdomen acute.

