HAL
open science

# Gut feeling et expertise en médecine générale. Perception des médecins généralistes

Mathieu Fayet

## To cite this version:

Mathieu Fayet. Gut feeling et expertise en médecine générale. Perception des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03023938

**HAL Id: dumas-03023938**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03023938v1**

Submitted on 25 Nov 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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

# Gut feeling et expertise en médecine générale.
# Perception des médecins généralistes.

## T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 4 Novembre 2020**

**Par Monsieur Mathieu FAYET**

**Né le 7 novembre 1992 à Lyon 04ème (69)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse** :

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan** | **Président** |
| **Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic** | **Assesseur** |
| **Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle** | **Directeur** |
| **Monsieur le Docteur KOUHANI Jeremy** | **Assesseur** |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

# Gut feeling et expertise en médecine générale.
# Perception des médecins généralistes.

## T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 4 Novembre 2020**

**Par Monsieur Mathieu FAYET**

**Né le 7 novembre 1992 à Lyon 04ème (69)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse** :

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan** | **Président** |
| **Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic** | **Assesseur** |
| **Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle** | **Directeur** |
| **Monsieur le Docteur KOUHANI Jeremy** | **Assesseur** |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix+Marseille Université

# FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

| | | |
|---|---|---|
| **Doyen** | **1 -** | **Pr. Georges LEONETTI** |
| **Vice-Doyen aux affaires générales** | **2 -** | **Pr. Patrick DESSI** |
| **Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller** | **3 -** | **Pr. Philippe BERBIS** |
| | **4 -** | **Pr. Patrick VILLANI** |

**Assesseurs :**

| | | |
|---|---|---|
| **aux études à** | : | **Pr. Kathia CHAUMOITRE** |
| **la recherche** | : | **Pr. Jean-Louis MEGE** |
| **à l'unité mixte de formation continue en santé** | : | **Pr. Justin MICHEL** |
| **pour le secteur NORD** | : | **Pr. Stéphane BERDAH** |
| **Groupements Hospitaliers de territoire** | : | **Pr. Jean-Noël ARGENSON** |
| **aux masters** | : | **Pr. Pascal ADALIAN** |

**Chargés de mission :**

| | | |
|---|---|---|
| **sciences humaines et sociales** | : | **Pr. Pierre LE COZ** |
| **relations internationales** | : | **Pr. Stéphane RANQUE** |
| **DU/DIU** | : | **Pr. Véronique VITTON** |
| **DPC, disciplines médicales & biologiques** | : | **Pr. Frédéric CASTINETTI** |
| **DPC, disciplines chirurgicales** | : | **Dr. Thomas GRAILLON** |

# ÉCOLE DE MEDECINE

| | | |
|---|---|---|
| **Directeur** | : | **Pr. Jean-Michel VITON** |

**Chargés de mission**

| | | |
|---|---|---|
| **PACES – Post-PACES** | : | **Pr. Régis GUIEU** |
| **DFGSM** | : | **Pr. Anne-Laure PELISSIER** |
| **DFASM** | : | **Pr. Marie-Aleth RICHARD** |
| **DFASM** | : | **Pr. Marc BARTHET** |
| **Préparation aux ECN** | : | **Dr Aurélie DAUMAS** |
| **DES spécialités** | : | **Pr. Pierre-Edouard FOURNIER** |
| **DES stages hospitaliers** | : | **Pr. Benjamin BLONDEL** |
| **DES MG** | : | **Pr. Christophe BARTOLI** |
| **Démographie médicale** | : | **Dr. Noémie RESSEGUIER** |
| **Etudiant** | : | **Elise DOMINJON** |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

| | | |
|---|---|---|
| **Directrice** | **:** | **Madame Carole ZAKARIAN** |
| **Chargés de mission** | | |
| **1er cycle** | **:** | **Madame Estelle BOISSIER** |
| **2ème cycle** | **:** | **Madame Cécile NINA** |

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

| | | |
|---|---|---|
| **Directeur** | **:** | **Monsieur Philippe SAUVAGEON** |
| **Chargés de mission** | | |
| **Masso- kinésithérapie 1er cycle** | **:** | **Madame Béatrice CAORS** |
| **Masso-kinésithérapie 2ème cycle** | **:** | **Madame Joannie HENRY** |
| **Mutualisation des enseignements** | **:** | **Madame Géraldine DEPRES** |

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

| | | |
|---|---|---|
| **Directeur** | **:** | **Monsieur Sébastien COLSON** |
| **Chargés de mission** | | |
| **Chargée de mission** | **:** | **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES** |
| **Chargé de mission** | **:** | **Monsieur Christophe ROMAN** |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard AQUARON
Robert ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean-François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

## EMERITAT

**2008**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

**2009**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

**2010**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |

**2011**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |

**2012**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

**2013**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

**2014**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

**2015**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

**2016**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | VIALETTES Bernard | 31/08/2019 |

**2017**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | SEBBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

**2018**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | MARANINCHI Dominique | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2019 |

**2019**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | BERLAND Yvon | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CHARPIN Denis | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | FRANCES Yves | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2020 |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
*BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019*
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
*BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre*
*BOUBLI Léon Surnombre*
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
*CURVALE Georges Surnombre*
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
*DELPERO Jean-Robert Surnombre*
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
*FAUGERE Gérard Surnombre*
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
*GUYS Jean-Michel Surnombre*
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
*HOFFART Louis Disponibilité*
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
*KERBAUL François Détachement*
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANÇON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
*MATONTI Frédéric Disponibilité*
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
*MUNDLER Olivier Surnombre*
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
*PARRATTE Sébastien Disponibilité*
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
*SAMBUC Roland Surnombre*
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

**PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS***

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)**

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah
*ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)*
*ATLAN Catherine (disponibilité)*
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
*DADOUN Frédéric (disponibilité)*
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean-Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
*LAGIER Aude (disponibilité)*
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
*SECQ Véronique (disponibilité)*
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

## ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

## ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

## ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

## ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

## BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

## BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

## BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

## ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

## BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

## BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

## BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

## CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

## CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
*DELPERO Jean-Robert* (PU-PH) *Surnombre*
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE** *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
*CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre*
FLECHER Xavier (PU PH)
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE** *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE** *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE** *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE** *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE** *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE** *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

**CHIRURGIE INFANTILE** *5402*

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE** *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE** *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION** *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE** *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
*BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019*
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE** *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE** *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE** *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES** *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE** *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikaël (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE** *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

**NUTRITION** *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION** *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE** *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION** *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL** *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE** *4805*

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*
MICHELET Pierre (PU-PH)

**NEPHROLOGIE** *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE** *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE** *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**OPHTALMOLOGIE** *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
*HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité*
*MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité*

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE** *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE** *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE** *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE** *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANÇON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE** *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE** *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE** *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE** *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE** *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
*FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre*
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PHILOSPHIE** *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PHYSIOLOGIE** *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE** *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE** *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE** *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

*Je tiens à adresser mes remerciements :*

A Monsieur le Professeur Gentile pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette soutenance de thèse. Je vous suis particulièrement reconnaissant de votre bienveillance et de votre disponibilité au cours de ces trois dernières années. Votre investissement dans notre formation est important. Vous contribuez à faire les médecins que nous sommes aujourd'hui et nous vous en remercions.

A Madame le Docteur Rousseau-Durand qui est à l'initiative de ce travail sur ce thème passionnant.

Raphaëlle, tu participes chaque jour à mon épanouissement professionnel et personnel et je t'en remercie. Malgré les épreuves, tu es toujours là pour tes internes, ainsi que pour tes patients sur qui tu veilles sans relâche. Tu apaises les maux et soutient la vie malgré tous ses mystères. A toi, merci.

A Monsieur le Docteur Casanova pour votre investissement aussi déterminant dans la formation des étudiants et le renouvellement de la médecine générale. Avec vous, l'enseignement a de beaux jours devant lui. C'est un honneur de vous compter dans mon jury.

A Monsieur le Docteur Khouani qui illustre et défend dans son travail, comme dans sa pédagogie, ses valeurs pour l'altruisme. Vous êtes un exemple d'engagement pour notre jeune génération de médecin, merci.

*« La médecine Générale ne peut se maintenir qu'en affirmant sa spécificité et en la faisant connaitre. Or, cette spécificité qui est chaque jour vécue par les malades et par les médecins ne se manifeste nulle part ailleurs que dans cette expérience quotidienne.*
*Tout ce qui s'en dit théoriquement ne « passe » pas. Justement par ce qu'on se réfère toujours à une expérience vécue et que cette expérience n'est claire pour personne, ni pour le malade qui en soupçonne a peine toute la profondeur, ni même souvent pour les médecins eux-mêmes, qui arrivent à douter de sa validité.*
*C'est qu'une expérience vécue ne se perçoit pas et ne se communique pas comme s'expose une expérience scientifique. Celle-ci exige une information préalable mais ne demande aucun effort pour personne, celle-là ne demande aucune connaissance mais fait appel à la participation effective de chacun. »*

Docteur Bensaid N. La Consultation, 1974

# Sommaire

**INTRODUCTION** ..... **2**

**I. CONTEXTE** ..... **3**

I.1 De la necessite de decider ..... 3
I.2 « Feeling as information » ..... 3
I.3 Les modeles de la decision medicale ..... 4
I.4 La theorie du double systeme ..... 4
I.5 Le paradoxe Kahneman-Piaget et le Systeme 3 ..... 5
I.6 Flexibilite cognitive et *gut feeling* ..... 6
I.7 Hypothese de recherche ..... 7

**II. MATERIEL ET METHODES** ..... **8**

II.1 Choix de la methode : pourquoi la recherche qualitative ? ..... 8
II.2 Population et echantillon ..... 8
II.3 Recrutement ..... 8
II.4 Recueil des donnees ..... 8
II.5 Analyse des donnees ..... 10

**III. RESULTATS** ..... **11**

III.1 Caracteristiques des entretiens et de l'echantillon ..... 11
III.2 Presentation des resultats ..... 12
*III.2.a La relation soignante : terreau du gut feeling* ..... *12*
*III.4.b Le gut feeling comme faculté d'adaptation du raisonnement* ..... *22*

**IV. DISCUSSION** ..... **30**

IV.1 Apport des resultats ..... 30
IV.2 Limites ..... 31
*IV.2.a. La validité de l'étude* ..... *31*
*IV.2.b Limites intrinsèques du sujet* ..... *32*
IV.3 Ouvertures ..... 33

**CONCLUSION** ..... **35**

**BIBLIOGRAPHIE** ..... **36**

**RESUME** ..... **38**

**ANNEXES** ..... **39**

# Introduction

Le soin est communément défini comme toute action portée sur le symptôme d'une maladie en vue de l'améliorer, la soulager ou la guérir. La médecine générale va plus loin en accordant une attention particulière au sujet souffrant. Le médecin et le patient interagissent au sein d'une relation faite d'expérience vécue, de communication cognitivo- émotionnelle, de compréhension commune. Elle permet de mieux partager les décisions et donne du sens à la fonction soignante selon trois dimensions : guérir, prendre soin de soi et de sa santé, soulager les souffrances de la vie. Elle amène le médecin à réfléchir sur soi et valorise la santé.

Malgré l'étendue de la connaissance médicale, le soignant est au quotidien confronté à l'incertitude. Cette incertitude n'est une limite à une pratique pertinente du soin que lorsqu'on l'occulte et que l'on donne à la connaissance une valeur de preuve ou de vérité. Certains diront même que l'incertitude n'invalide pas la décision médicale, elle en constitue sa justification. Face à l'incertitude la décision est la condition nécessaire à une pratique soignante responsable et de qualité

La décision médicale est complexe. Avec le temps, le raisonnement d'abord logique et probabiliste tel qu'il est enseigné se transforme. L'expérience et les limites liées à l'exercice mènent à l'automatisation de la réflexion. Celle-ci devient rapide et inconsciente, le médecin n'en perçoit plus que des intuitions. Ce phénomène est alors soumis à des biais et les erreurs sont possibles.
Pourtant le médecin est capable dans certaines situations d'une remise en question. En s'éveillant à sa propre pensée il réalise une expérience métacognitive. Il doute, prend conscience de soi et peut décider d'inhiber un choix potentiellement dangereux pour le patient : c'est le *gut feeling*.

Cette capacité élémentaire à inhiber pour autrui est le fruit d'émotions morales propres à la vie en société. Elles doivent nécessairement s'exprimer dans la relation soignante où culminent l'altérité et l'empathie, et ainsi rendre compte du *gut feeling*. Notre travail appréhende ces rapports :

Quels sont les rapports entre le soin et le *gut feeling* ? Le *gut feeling* peut-il valoriser le soin ?

# I. Contexte

## I.1 De la nécessité de décider

L'expérience de l'incertitude est inévitable en médecine générale.
Dans son approche probabiliste, elle questionne l'objectivité du savoir et renvoie à l'épistémologie, c'est à dire l'étude critique des sciences et de la connaissance scientifique.
Dans sa dimension psychosociale, elle exprime plutôt une expérience concrète vécue par le médecin. Elle interroge ici les rapports dans lequel s'inscrit l'exercice des soins primaires.

D'une part, la médecine générale ne se limite pas à un organe ou à une fonction, les connaissances potentielles sont donc infinies. La « maitrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible » est manifeste et l'omnipraticien est en quelque sorte « celui qui sait un peu de tout »(1).
D'autre part, le savoir biomédical du médecin s'accorde mal à l'expression profane des plaintes du patient qui survient à des stades souvent précoces et aspécifiques de la maladie.(2)
La synthèse intellectuelle est difficile et cet ajustement du savoir est vécu pour l'essentiel sur un mode individuel et autodidacte.

Ainsi, les diagnostics dits « incertains » représenteraient jusqu'à 80% des résultats de consultation, imposant au médecin généraliste une attitude ouverte vis-à-vis de toutes les hypothèses possibles(3). Pourtant, « [...] de cette multiplicité des possibilités nait la possibilité de décider [...] qui dans le domaine du soin revêt un caractère de nécessité. » [1](2)(4)(3)(5)

## I.2 « Feeling as information » (6)

L'incertitude peut alors jouer un rôle décisif dans les étapes du raisonnement. Le médecin qui perçoit cette incertitude en consultation peut prendre subitement conscience des processus cognitifs en cours chez lui et qui opéraient jusqu'alors en silence. Celui-ci réalise une expérience dite métacognitive.(6)

E. Stolper et son équipe utilisent l'expression *gut feeling* pour qualifier ce phénomène. (7)(8)
Le médecin, s'éveillant à sa propre pensée, peut expliciter certains automatismes établis et juger le raisonnement jusque-là développé. Il vérifie dans quelle mesure celui-ci s'accorde à la situation rencontrée en s'interrogeant ainsi : « *ça colle ou ça cloche ?* »

Malgré la difficulté à formuler clairement cette expérience, c'est bien l'analyse du vécu des médecins qui va aider E. Stolper à caractériser ce *gut feeling*. Il procède à l'enrichissement du concept selon le principe de théorisation ancrée (sciences humaines et sociales), une démarche qui se veut compréhensive plutôt que démonstrative.

Dans un premier temps, il constate deux composantes majeures du *gut feeling* : une sensation de réassurance et une sensation d'alarme. La réassurance est exprimée en néerlandais par « pluis » pouvant se traduire en français par « ça colle », l'alarme par « niet pluis », « ça cloche ». Il identifie aussi les éléments favorisant sa survenue. (8) Puis il obtient à l'issue d'un consensus d'experts, sept critères, qui une fois traduits lui permettent de généraliser le concept au reste de l'Europe.(9)
Il ouvre aussi le dialogue aux autres spécialités médicales et initie la transdisciplinarité. (10)(11)(12)

Désormais c'est le groupe CogitaProDiaman, *The European Expert Group on Cognitive and Interactive Processes in Diagnostic and Management in General Practice*, qui chapeaute l'ensemble du processus de recherche.(13)

## I.3 Les modèles de la décision médicale

Les derniers travaux d'E. Stolper s'intéressent aux processus décisionnels en médecine. Ces travaux souhaitent intégrer cette expérience métacognitive au sein des modèles préexistants.(14) Quels sont-ils ?

D'un côté, le modèle du *Medical Decision Making* considère le processus diagnostique comme un processus de choix basé sur des probabilités, selon le théorème de Bayes. Il aide à construire des arbres décisionnels, des ratios et des schémas nécessaires à la meilleure prise de décision possible, en utilisant les données épidémiologiques issues de l'*Evidence Based Medecine*.

D'un autre côté, les travaux menés par Elstein montrent qu'en consultation, les médecins génèrent très tôt et de manière spontanée, un petit nombre d'hypothèses-diagnostiques. Ces hypothèses sont ensuite successivement testées afin d'aboutir au diagnostic le plus probable. Ce modèle est également connu sous le nom de *Medical Problem Solving*.
Chez le jeune médecin le processus est plutôt lent et conscient. Les médecins expérimentés, quant à eux, émettent les trois quarts des hypothèses diagnostiques dans le premier quart d'heure de la consultation, selon un processus automatique et rapide. Ceci nous amène à présenter d'autres aspects du raisonnement.(15)

## I.4 La théorie du double système

Dans un livre intitulé *Système 1, Système 2 : les deux vitesses de la pensée*, Kahneman résume sa théorie selon laquelle il existe deux systèmes dans le cerveau humain : l'un est heuristique, approximatif et rapide, le « système 1 », l'autre est logique ou algorithmique, analytique et exact mais plus lent, c'est le « système 2 ». (16) Ce sont l'intuition et la logique.

Historiquement, c'est le système logique, qui a d'abord été mis en valeur. C'est le *Logos* d'Aristote, *la Méthode* de Descartes ou encore *l'Intelligence logico-mathématique* de Piaget. Or depuis 1980, Kahneman a démontré expérimentalement des erreurs systématiques de raisonnement logique, appelées heuristiques.
Celles-ci sont liées à des biais cognitifs, ou émotionnels, et remettent en question le « stade logique » de Piaget et la conception de l'intelligence, comme accroissement linéaire et cumulatif de logique.

La théorie de la rationalité limitée de Simon explique à ce sujet qu'un décideur, contraint par son environnement et par le faible contenu de sa mémoire de travail, ne choisit jamais la solution optimale. Il retient la proposition la plus satisfaisante ayant pu être obtenue en un temps raisonnable. (17)

L'heuristique est donc un comportement simple, rapide, facile à appliquer, utilisé par les individus afin de simplifier leurs opérations mentales, et qui permet de répondre au mieux aux exigences de leur environnement à partir d'un faible nombre de données, et à un moindre « coût » cognitif. Considérées comme totalement inconscientes, elles peuvent se traduire par des intuitions. (18)(19)

L'heuristique d'affect est à ce sujet intéressante. Elle donne lieu à un *feeling* et postule que le sujet va choisir la possibilité qui lui offre le meilleur affect. Le choix humain obéit donc à une rationalité par valeurs plutôt qu'à une froide rationalité numérique. (20)

Damasio atteste effectivement de ce guidage émotionnel. Il montre que le cortex préfrontal ventro-médian permet d'attribuer des valeurs différentes aux diverses solutions qui s'offrent à nous, de sorte que le paysage cérébral, dans lequel s'opère nos décisions, comporte un relief émotionnel obligatoire. Ce dernier dépend de connexions, appelées « marqueurs somatiques », établies entre les évènements vécus et les états corporels perçus. (21) Les émotions sont positives nous dit Damasio, elles équilibrent la prise de décision. Cet équilibre s'établit depuis les niveaux biologiques jusqu'à la cognition fine. Emotions et cognition sont indissociables.

## I.5 Le paradoxe Kahneman-Piaget et le Système 3

La psychologie expérimentale découvre alors au XX$^{ème}$ siècle que les bébés humains, contrairement à ce que disait Piaget, sont déjà logiques, conscients et rationnels.
Dès lors, comment expliquer le caractère dynamique et non linéaire du développement cognitif, depuis le bébé déjà rationnel jusqu'à l'adulte souvent irrationnel ?

Il faut pour cela réintroduire, comme l'avaient pressenti Platon (*Homo Triplex*) et Montaigne, un troisième système, moteur de la pensée. O. Houdé présente le « système 3 », contrôle de l'inhibition.

L'inhibition dépend de la maturation et du bon fonctionnement du cortex préfrontal. Ce cortex possède des neurones dotés d'axones longs qui peuvent envoyer, partout dans le cerveau, des ordres inhibiteurs ou activateurs, et « faire taire » des assemblées entières de neurones.
Ainsi à tous les âges, l'intuition et la logique peuvent entrer en compétition. Pour dépasser les conflits internes, le cerveau fait preuve d'adaptation et de flexibilité.
Cette capacité de flexibilité est liée au contrôle exécutif du cortex préfrontal. (22)

Lors de la bascule du mode heuristique au mode logique, appelée *shifting*, on observe un basculement très net des neurones activés vers une région liée aux émotions et à la peur de l'erreur.
Pour prendre des décisions, notre cerveau ne fait pas seulement appel aux expériences passées, plaisantes ou déplaisantes via les marqueurs somatiques mémorisés de Damasio. Il doit être capable d'imaginer des scénarios hypothétiques et d'anticiper des regrets. Face au regret, il peut inhiber les mauvais choix.
C'est un sentiment associé au sens de la responsabilité et au « sens moral ». Il permet d'apprendre à inhiber pour soi et pour les autres.

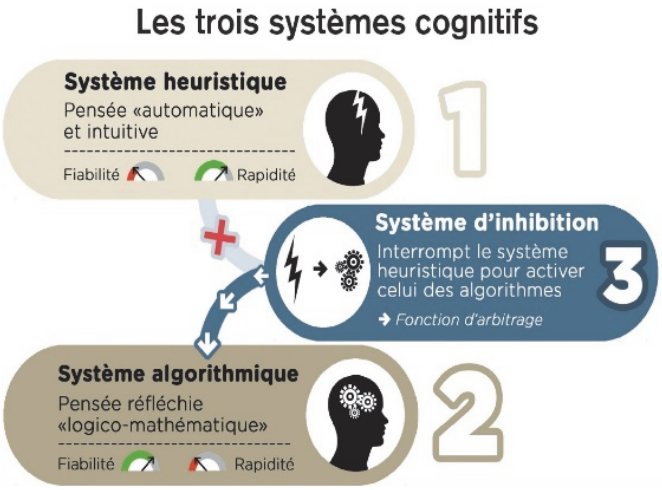


*Figure 1 : Les trois systèmes cognitifs*

Le raisonnement, plus que jamais, est ici une valeur liée à de subtiles émotions, cognitives et sociales.
Ce sont, dans ce cas, les émotions du Système 3. Elles sont d'une autre nature que les émotions de la pensée intuitive et rapide du Système 1 de Kahneman comme pour l'heuristique d'affect par exemple.

La morale est ici la logique de l'inhibition et des émotions contrefactuelles qui la guident : douter de soi et regretter une réponse possible des heuristiques, par anticipation, c'est-à-dire contre la pré-représentation de cette heuristique. Dès lors on peut inhiber cette réponse impulsive, par flexibilité, pour répondre autrement avec logique.
C'est ainsi qu'on peut dire avec Jean d'Ormesson que « penser, c'est refuser, c'est dire non, c'est penser contre soi. […] Penser est toujours autre chose. »(18)

## I.6 Flexibilité cognitive et *gut feeling*

Lorsque les mécanismes d'attention sélective prennent le relais, contre les automatismes, pour changer nettement de direction en corrigeant une erreur initiale de raisonnement, s'exerce la conscience dite « réflexive ». On est alors conscient de réfléchir sérieusement à la tâche, parfois difficile à résoudre et outre l'effort cognitif, on peut même éprouver du plaisir.
C'est ce que Damasio appelle « le sentiment même de soi ». Flavell lui, parle d'expérience « métacognitive ».

On redécouvre ainsi l'importance de l'expérience réflexive, à la fois cognitive et affective, liée à la résolution d'un problème particulier : prendre conscience de sa propre erreur de raisonnement heuristique et comprendre, ou ressentir, la nécessité de changer de stratégie, c'est-à-dire exploiter les ressources de la logique.
Ce changement de mode réflexif est lié à la flexibilité du Système 3 : inhiber pour raisonner, grâce aux fonctions exécutives du cortex préfrontal.(18)

Où se situe cette flexibilité dans les modèles spécifiques du raisonnement médical ?

Intéressons-nous au modèle de Raufaste, un modèle général de la décision médical, naïf du *gut feeling*.
Raufaste définit trois valeurs de rationalité qui orientent le système cognitif du médecin. Ce sont des axes théoriques, sensés guider les choix et les actions du médecin, en vue de réaliser son objectif : la prise de décision.
La *richesse* représente la quantité de connaissances et de savoir-faire mobilisés pour le raisonnement.
La *pertinence* représente la qualité de sélection des connaissances.
Enfin, la *flexibilité* représente la capacité à remettre en cause les automatismes liés à l'expérience.

Dans une démarche empirique, Raufaste va confronter son modèle et tester la performance produite par des sujets repérés comme étant les meilleurs dans leur discipline : les experts. Il peut ainsi comparer les experts et les novices et en déduire des informations sur ce qui se passe pendant le processus d'acquisition d'expertise. (23)
L'expertise s'exprime d'abord en qualité d'automatismes. Ceux-ci libèrent la mémoire de travail et l'attention pour les taches atypiques ou complexes, couteuses sur le plan cognitif. On pense aux heuristiques de raisonnement par exemple.

On pourrait alors être tenté de penser que l'expertise consiste à posséder un vaste répertoire d'automatismes, déclenchés par le contexte et permettant de s'adapter. Plusieurs observations contredisent cette idée.
Relevons par exemple que l'expert est quelqu'un capable d'expliciter son savoir et de l'enseigner.
Par ailleurs, dans les environnements complexes, l'expert est paradoxalement l'individu le plus à même à remettre en question ses automatismes. L'expertise intègre donc la flexibilité à utiliser différents modes de contrôle cognitif.

Comment s'exerce le contrôle de l'activité cognitive à savoir l'adaptation entre le mode attentionnel et le mode automatique ?
« L'adaptation, nous dit Raufaste, suppose la capacité à inhiber des automatismes inappropriés à la situation. »
C'est le système 3 inhibiteur d'O. Houdé.

Schématiquement, le flux cognitif est représenté par une série de pensées, qui s'enchainent de manière automatique, et pendant laquelle un superviseur attentionnel interne en surveille l'exécution. Celui-ci peut reconnaitre un état mental interne, tel que l'incohérence, le doute ou le risque. Le médecin perçoit alors un sentiment de type : « il y a quelque chose qui ne va pas ». Une formulation qui rappelle le *gut feeling* de Stolper.
Le médecin revient alors au raisonnement délibéré en vue de diminuer le sentiment d'incertitude.
Les « supers-experts » de Raufaste, les plus flexibles, génèrent plus d'interventions et remettent en question plus facilement les automatismes.

Nous avons dit que Stolper essayait, dans ses derniers travaux, d'intégrer le gut feeling aux modèles du processus de décision connus en médecine. Son approche est centrée sur la flexibilité cognitive.
En effet lorsque les processus automatiques ne conduisent pas à des hypothèses claires, la similitude ou la divergence avec ce qui est connu au sujet d'un patient ou d'une pathologie, peut induire un sentiment d'alarme ou un sentiment de réassurance.

Le sentiment de réassurance amène à poursuivre sur le mode automatique, alors que celui d'alarme amène le médecin à rétablir des raisonnements analytiques.
Stolper parle d'une « troisième voie » aux côtés du *Medical Decision Making* et *Medical Problem Solving,* un Système 3 spécifique du domaine médical et dépositaire de la flexibilité nécessaire à l'activité complexe du raisonnement en médecine(14).

## I.7 Hypothèse de recherche

Nous décrivons trois moteurs de la pensée :

1. Le circuit court, c'est-à-dire l'impulsion, l'intuition ou l'heuristique, souvent trompeuse ;
2. Le circuit long, c'est-à-dire l'algorithme, le raisonnement logique nécessitant un effort ;
3. L'inhibition, c'est-à-dire notre capacité à dépasser les heuristiques. C'est notre flexibilité. Elle est en lien avec les émotions sociales, le sens moral, la responsabilité et l'anticipation du regret pour autrui.

Le *gut feeling,* comme expression de ce système inhibiteur dans l'activité médicale, est donc en lien avec les émotions morales ou sociales. Celles-ci doivent s'exprimer dans la dimension du soin et guider de manière positive la décision du médecin. La prise de décision doit être centrée sur le patient pour laisser apparaitre cette dimension sociale et morale.
Ceci nous amène à formuler notre question de recherche de la manière suivante :

Quels sont donc les rapports entre le soin et le *gut feeling* ? Le *gut feeling* peut-il valoriser le soin ?

# II. Matériel et Méthodes

## II.1 Choix de la méthode : pourquoi la recherche qualitative ?

Nous avons retenu la méthode qualitative comme étant la plus adaptée à ce travail de recherche.
La recherche qualitative cherche à comprendre un phénomène, un ressenti, un vécu, une expérience, par l'analyse de contenus verbaux le plus souvent, que l'on nomme également « matériaux ».
Le chercheur est comme un « artisan intellectuel », qui ne cherche pas à dépasser la subjectivité du discours pour atteindre l'objectivité parfaite, mais à comprendre les logiques propres à chaque personne. L'objectif d'une telle recherche s'appuie sur une méthodologie d'analyse qualitative et ne cherche pas à produire des résultats susceptibles d'être généralisés à l'ensemble de la population. On ne cherche pas à simplifier des phénomènes mais à en révéler la complexité.

## II.2 Population et échantillon

Les médecins généralistes exerçant en libéral constituent la population étudiée.

Dans l'enquête par entretien, la constitution d'un échantillon diversifié est le plus souvent désirée.
En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance. En effet, l'analyse du matériel étant simultanée au recueil des données, les entretiens se poursuivent tant qu'émergent de nouvelles informations. La saturation des données étant difficile à affirmer avec certitude, nous avons suivi le concept de « suffisance théorique ». Ainsi, les inclusions cessent lorsque les chercheurs jugent que les données recueillies offrent un cadre explicatif suffisant pour répondre à la question de recherche.

Les caractéristiques constituant le talon sociologique étaient :

- Sexe
- Nombre d'années d'exercice
- Age
- Milieu d'exercice (Rural, Semi-rural, Urbain)

## II.3 Recrutement

L'échantillonnage a été réalisé par une méthode en réseau, dite « boule de neige ».
Les médecins ont été contactés initialement par téléphone, par mail, ou directement de vive-voix. Il a parfois été nécessaire de faire des relances.
Le sujet de l'étude leur était brièvement exposé, ainsi que sa méthodologie, puis un rendez-vous était convenu.
Certains entretiens ont eu lieu en face à face, d'autres en communication téléphonique.
Les médecins contactés étaient installés dans une zone géographique aux alentours de Marseille et de Lyon.

## II.4 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'un *focus group* rassemblant 9 médecins et de neuf entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. L'ensemble de nos entretiens s'est déroulé selon le mode semi-directif. Les thèmes qui ont été abordés étaient pensés à l'avance, mais l'ordre et la forme restaient libres et dépendants du déroulement de l'entretien.

Nous distinguons les deux types d'entretien :

L'entretien-semi dirigé : il permet d'explorer des faits dont la parole est le vecteur principal.
Il permet de reproduire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ses discours de jugement de valeur.
La difficulté repose sur le face à face entre l'enquêteur et l'enquêté. A titre personnel, nous avons trouvé difficile de relancer certains entretiens via des interventions qui n'orientent pas trop le discours selon notre point de vue de chercheur.

Le *focus group* : c'est une technique d'entretien de groupe d'expression qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. La dynamique du groupe permet d'explorer de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs aspect socio-culturels et son vécu. La discussion permet de préciser, de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment » que les « pourquoi ». L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités, le collectif peut aussi donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels. Plusieurs groupes focus auraient dû être réalisés mais les évènements secondaires à la crise liée à la covid19 n'ont pas permis leur réalisation.

Nous avons adopté une approche phénoménologique qui consiste à appréhender un phénomène à partir du vécu d'une personne et non à partir d'un cadre théorique explicatif prédéfini. Nous avons donc fait abstraction le plus possible de toute connaissance antérieure relative au concept étudié.

Le *focus group* s'est déroulé sur un mode semi directif à l'aide d'un guide d'entretien.
Lors du *focus group*, l'investigateur principal et une tierce personne prenant le rôle de modératrice étaient présents.
Le guide d'entretien a été réalisé en référence aux recherches de Stolper.
Le sujet de recherche a été introduit pour le *focus group* par la courte définition qui a été donnée du *gut feeling* dans la revue Exercer pour sa première parution et traduction en France. Le guide d'entretien se trouve en annexe.
Le guide d'entretien a été ajusté à la suite de cette séance. Notre introduction du sujet a été petit à petit épurée lors des entretiens semi dirigés et nous ne définissions plus que le sens de l'alarme et de la réassurance afin d'orienter le moins possible le discours. Les mots « intuition » ou « émotion » s'étaient révélés trop clivant par exemple.
Avant chaque entretien, des informations ont été systématiquement délivrées sur le déroulement et les objectifs de l'étude, ainsi que sur l'anonymisation des données.
Un consentement oral a été recueilli auprès de chaque médecin généraliste ayant accepté de faire partie de l'étude.
Les différents échanges étaient enregistrés sur dictaphone puis retranscrits en totalité, de la manière la plus rigoureuse possible, pour constituer des verbatims. Les aspects non verbaux observés ont également été transposés sur papier, leur retransmission ne figure pas en annexe mais pourra être fournie aux membres du jury à leur demande. Il est à noter que les participants se mettaient souvent à exprimer leur ressenti vis-à-vis de l'entretien, voire de nouvelles idées sur le sujet, dès que l'enregistreur était éteint. Ces informations ont été précieusement conservées.
Un ou plusieurs autres groupes focus auraient dû être réalisés mais les évènements liés au covid-19 n'ont pas permis leur réalisation. Nous avons donc poursuivi les recherches sur le mode des entretiens semi-dirigés. Certains entretiens avaient lieu en face à face, d'autres en communication téléphonique.

## II.5 Analyse des données

Nous avons fait le choix d'utiliser un simple logiciel de traitement de texte en l'occurrence le logiciel Word plutôt que le logiciel de codage NVIVO.

Une micro-analyse a été réalisée par l'enquêteur dès la collecte du premier verbatim. Une micro-analyse permet de s'imprégner des éléments collectés, mais également de mettre entre parenthèses ses propres présupposés et donc de rester ouvert aux théories pouvant émerger.

A la suite de la micro-analyse, nous avons procédé à un codage ouvert ou longitudinal qui consiste en l'étiquetage de nos verbatims puis un codage axial et enfin un codage sélectif afin de faire émerger les théories.

Un double codage par deux chercheurs a été réalisé pour le *focus group*, ainsi que pour chaque entretien-dirigé.

Nous avons croisé ces données de l'observation avec l'ensemble des données bibliographiques. On parle de triangulation des données.

Enfin, tout au long de l'étude, nous avons tenu un journal de bord garantissant la validité de l'étude. (Annexe 2)

Celui-ci est composé de différents types de comptes-rendus (de terrain, théorique, de codage, etc.) qui permettent de documenter le fondement empirique du travail, le cheminement du chercheur, les résultats intermédiaires produits, et le maillage terrain-théorie.

Les critères COREQ nous ont guidés tout au long de notre travail de recherche. Ils permettent de donner une grille de lecture claire des travaux en recherche qualitative. Ils sont présentés en Annexe 1.

# III. Résultats

## III.1 Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon

Un groupe focus composé de 9 médecins a été réalisé. 5 Entretiens individuels supplémentaires ont été nécessaire pour atteindre la saturation des données mais 9 ont été réalisés au total.

Tous les entretiens ont été retenus pour l'analyse. Comme expliqué précédemment, chaque entretien a été analysé par le doctorant et une tierce personne naïve du sujet. Les caractéristiques de l'échantillon et les arbres de codages sont présentés ci-dessous.

| ENTRETIENS | DUREE DE L'ENTRETIEN | SEXE | AGE | DUREE EXERCICE | MILIEU D'EXERCICE |
|---|---|---|---|---|---|
| Groupe focus (GF) | 2H | F | 35 | <10 ans | semi-rural |
| GF | 2H | F | 56 | >20 ans | semi-rural |
| GF | 2H | H | 62 | >20 ans | urbain |
| GF | 2H | H | 71 | >20 ans | semi-rural |
| GF | 2H | H | 62 | >20 ans | semi-rural |
| GF | 2H | H | 65 | >20 ans | urbain |
| GF | 2H | H | 29 | <10 ans | urbain |
| GF | 2H | F | 29 | <10 ans | urbain |
| GF | 2H | H | 57 | >20 ans | urbain |
| Entretien 1 (E1) | 30 minutes | H | 60 | >20 ans | rural |
| E2 | 1H15 | H | 60 | >20 ans | urbain |
| E3 | 1H | H | 47 | [10-20] ans | urbain |
| E4 | 45 minutes | H | 62 | >20 ans | semi-rural |
| E5 | 45 minutes | H | 62 | >20 ans | urbain |
| E6 | 25 minutes | F | 32 | <10 ans | urbain |
| E7 | 45 minutes | F | 50 | [10-20] ans | urbain |
| E8 | 45 minutes | H | 62 | >20 ans | urbain |

*Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon*

## III.2 Présentation des résultats

### III.2.a La relation soignante : terreau du *gut feeling*

Le soin, en médecine générale, est défini comme un processus dont le point de départ est le patient. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses craintes, ses attentes et ses maladies. Les liens entre le patient et son environnement sont permanents. La décision intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Elle nécessite une bonne relation médecin-malade.

Le *gut feeling* est lié à chacune de ces dimensions :

Dans un premier temps, le médecin reçoit la souffrance et la subjectivité du patient, en faisant preuve d'humanité et d'humilité. Le médecin est en position d'écoute et de silence. En résistant aux à priori et au jugement, il s'ouvre à un éventuel *gut feeling*.

Il réalise ensuite une synthèse dit holistique de la situation. C'est une synthèse bio-psycho-sociale. Son savoir médical rencontre l'environnement du patient et peut l'amener à revoir ses premières hypothèses à travers le *gut feeling*.

Enfin, vient la décision. Cette synthèse ne suffit pas, la décision doit être partagée. Le médecin s'expose à une nouvelle remise en question de sa prise en charge.

Ces trois aspects sont conditionnés par la capacité relationnelle du médecin jugée fondamentale pour le *gut feeling.*
Nous présentons chacun d'entre eux ci-dessous.

- **Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective :**

Tout commence par la considération du sujet soufrant.

> T : *« Tu as un patient, il y a du physique, de l'objectif et aussi du psychologique, du subjectif et autre chose. »*
>
> C : *« C'est plus simple pour le spécialiste qui travaille avec de l'objectif pur, c'est mathématique presque. Il répond juste à une question. Nous il faut orienter et c'est plus dur. On travaille avec de l'humain et on ne peut être que dans l'empathie avec le patient pour bien avancer. Je pense qu'on ne peut pas être médecin généraliste si on n'a pas d'empathie. »*

En parlant du *gut feeling* ce même médecin dira de cette rencontre du sujet et du monde objectif, qu'elle n'est pas simple.

> T : « *Ce n'est pas simple parce que ça passe par de l'objectivité, de la science mais après on soigne dans des dimensions humaines et la même maladie ne sera pas là même si on est au 31, rue de Calais ou au 33, rue de Calais. C'est le contexte, la situation le psychologique n'est pas la même »*

Dans ce sens M. nous dit aussi :

> « *Quand tu soignes une personne tu ne soignes pas une maladie mais une personne avec une maladie et c'est totalement différent. Tu ne recherches pas une pathologie. Ce n'est pas le problème qui s'est reporté sur un individu. C'est soigner une personne avec un problème »*

Il y a bien un vécu du patient à prendre en considération, pour comprendre la situation et peut être exprimer *gut feeling*. Le non-verbal et les non-dits de l'entretien appartiennent aussi aux éléments décisifs du *gut feeling*.

O. : *« Peut-être même que lui aussi est inquiet sur ses douleurs et a peur que tu lui trouves quelque chose de grave et il cache les choses »*

*B6 : « il y a quand même des patients qui n'ont pas de formation médicale et qui sont capables d'avoir des intuitions très précises sur certaines choses, de savoir qu'elles ont telle chose ou telle chose de manière très précise et qu'on explore ; on s'aperçoit qu'elles n'avaient pas si tort que ça »*

Pour recevoir cette subjectivé, le médecin se place en position **d'écoute**. Cette attitude est déterminante.

G. : « *Moi je pars toujours du principe que quand les gens arrivent ils vont me dire ce qu'ils ont. Ils me le disent. Même avec internet parfois ils disent un peu beaucoup, ça tombe juste et parfois ca tombe faux. Mais ils me disent ce qu'ils ont. A moins de décrypter ce qu'ils disent, il faut écouter ce qu'ils disent. Mes consultations sont longues, mais je les écoute. Ils arrivent toujours à dire ce qu'ils ont. Que ça soit une douleur au ventre ou à l'épaule. Faut laisser parler, poser des questions un petit peu mais faut pas diriger. Je ne dirige pas l'entretien au début »*

Ceci va encore plus loin pour ce médecin qui travaille avec des populations migrantes et non francophones :

O : *« Il y a une forme de compréhension de la culture qui vient avec les années qui fait qu'on comprend au-delà des mots. Finalement le patient arrive à exprimer avec ses mots ce qui lui arrive et notamment les symptômes qui traduisent que ça peut être quelque chose de plus grave »*

M. : *« Je reviens toujours à la base, le centre c'est le patient. Ecouter le patient ; s'il vient c'est qu'il y'a forcément un problème »*

un peu plus loin *: « Ça demande à écouter son patient et ne prendre aucune plainte à la légère. Toute chose mérite d'être approfondie et suivant ton instinct de poursuivre ou non les examens. C'est quelque chose de très personnel et compliqué à expliquer »*

G*: « Et un même temps un médecin qui n'écoute pas les patients ne peut pas avoir de ressenti donc les deux vont de pair. Tu as l'obligation de raisonner comme on t'a appris donc raisonne. Raisonner c'est une chose. Ressentir c'est recevoir beaucoup et trier quelque part aussi »*

Cette écoute s'opère donc dans un esprit silencieux.

*G : « Ce n'est pas comme d'habitude pour toi ou pour lui, j'en prends note, je le ressens -reçois ? Et donc il se passe quelque chose « quoi ? » et c'est là où on redevient méthodique. On peut donc se laisser parfois guider par ce ressenti que tu peux appeler intuition ou simplement écoute parfois. »*

G. : « *Les premières intuitions vont m'amener là ou là, l'expérience ailleurs mais surtout l'écoute va m'amener précisément là où je dois être et là où il veut m'amener. Il faut écouter c'est important. Je remplis mon panier. Quelqu'un arrive je ne sais pas ce qu'il a et je ne veux pas le savoir tout de suite et je vais écouter. »*

SI cette faculté d'écoute est un facteur important du *gut feeling*, elle ne peut avoir de résonnance que dans l'esprit d'un médecin qui se trouve en un état de **non-jugement**.

G : *« Je ne juge, ni sur l'apparence, ni … en fait je ne juge pas de façon globale. Au contraire les cas compliqués et différents ils ont plutôt tendance à me plaire. J'écoute et c'est là où se met en place le ressenti. Il y a aussi des gens qui t'énervent. Peut-être que là t'es pas franchement objectif mais justement c'est de lui dont il faut se méfier. »*

*Ca. : « De ne pas être dans le jugement. Ecouter. Laisser les phrases se terminer. L'empathie est très importante. Le regard aussi. Poser des questions et toujours sans jugement. On peut tout demander et avoir des réponses à presque tout si on pose bien les questions de manière naturelle. Pas de jugement surtout. »*

Cet état de non-jugement et d'écoute prend lui-même racine dans la disposition du médecin à la compréhension et à la compassion envers ses patients, on parle de qualité d'**humanité.**

M. : *« Je pense que c'est la relation d'humanité qu'on a avec les patients [..] qui nous pousse à aller plus loin et à être toujours à l'écoute du patient, sentir les choses qu'il ne sent pas. »*

puis en parlant de son gut feeling : *« on ne soigne pas une machine, une voiture, alors obligatoirement c'est différent et il se passe quelque chose de plus »*

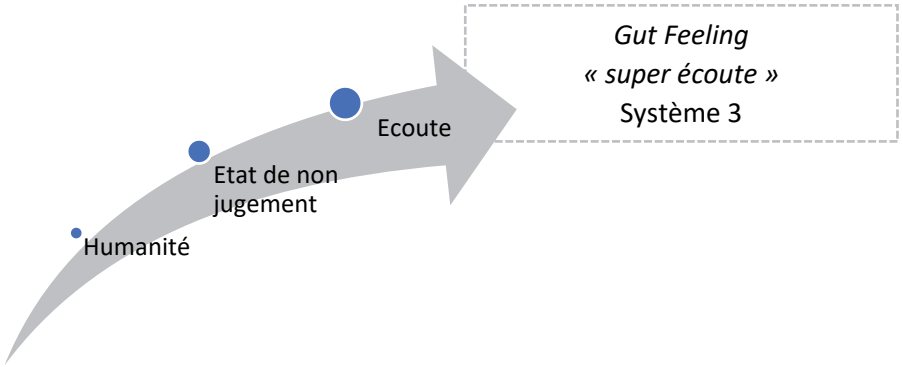


*Figure 3 : Gut feeling et subjectivité du patient*

Pourtant il est important de rappeler que deux perspectives se confrontent dans la rencontre du médecin et du malade et que la perspective biomédicale a une place essentielle.

Ca. : *« On n'est pas qu'un métier de ressenti. Il y a beaucoup de connaissances à la base et tout ça vient se greffer dessus. Sans le bagage médical théorique il n'y a rien de tout ça qui s'enchaîne. »*

Ce *gut feeling* entre donc dans une démarche de synthèse bio-psycho-sociale que nous présentons maintenant.

- **Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte**

Finalement, l'écoute et la prise en compte du sujet souffrant, va permettre dans le temps de développer une connaissance fine du patient, qui selon les médecins fera d'autant plus le terreau du *gut feeling*.

Tous les médecins s'accordent donc pour dire que leur *gut feeling* est fonction de leur **connaissance des patients**.

> *G : « Je le ressens surtout avec des gens que je connais bien »*
> A2 : « *Quand on connait le patient, on a plus d'intuition »*

Le *gut feeling* prend naissance avec une parfaite connaissance du patient et de son **environnement** :

> M : *« Certains médecins et surtout les jeunes médecins quand ils sortent de la faculté se focalisent uniquement sur le problème et oublient la personne qui parle du problème et si tu te concentres uniquement sur le problème tu perdras des informations essentielles. D'abord on écoute la personne, on la sent et ensuite on cherche le problème. Il ne faut pas perdre de vue l'environnement par exemple, ou les habitudes alimentaires. »*

Cette connaissance du patient lui permet de définir sa norme et son éventuelle **rupture avec l'habitude** à l'occasion de laquelle émerge le *gut feeling,* ou ressenti d'alarme.

> *G : « Quelqu'un que tu connais ou que tu ne connais pas. Là aussi quelqu'un que tu connais on dit toujours les vieux médecins ils bâclent, ce n'est pas vrai, parfois tu te dis « lui il ne va pas bien ». Et tu le sais. »*

C. traduit bien cette notion du normal et du pathologique propre à chaque patient :

> *« Il a fallu que j'apprenne à connaitre les gens petit à petit j'ai appris à voir et sentir ce qui était fonctionnel de ce qui était organique et c'est en connaissant petit à petit les patients et leur famille qu'on peut faire la différence »*

La connaissance du patient permet ainsi de connaitre sa façon de réagir à l'inquiétude.

> *O : « Par exemple ici je connais la personnalité du patient et je sais que c'est une personne qui a tendance à minorer les choses. Là c'est un cas un peu particulier et je me suis donc dit qu'il y avait peut-être des choses plus graves. C'est quand tu connais très bien le patient finalement. »*

Parfois même, la connaissance du patient et le *gut feeling* vont permettre d'**interpréte**r le corps du patient presque mieux que lui-même :

> C : *« On sent si c'est inhabituel ou pas. On interroge, on se rend compte que le patient a du mal à expliquer comme s'il ne connaissait pas son corps. »*

Cette connaissance de la verbalisation se retrouve aussi dans la capacité à dépasser le sens premier des mots chez des patients d'autres cultures.

*O : « C'est quelque chose d'un peu différent si tu connais ton patient ou pas. Ça sera peut-être un petit peu plus facile si tu connais ton patient parce que tu connais un petit peu sa façon de s'exprimer et d'exposer les choses d'autant plus s'il ne s'exprime pas très bien en français -s'il est d'origine étrangère ou s'il n'a pas le niveau socioculturel pour bien t'expliquer, mais tu as l'habitude qu'il t'exprime les choses avec ses mots et finalement, avec ces mots-là, tu vas déjà sentir vers où l'on va »*

C'est une manière de décrypter le non-verbal :

Mc15 : « *Le non verbal. Tu vas percevoir les signes non verbaux de ton patient qu'il va émettre »*

Cette connaissance peut passer par un intermédiaire aussi. En pédiatrie par exemple la maman transmet la rupture avec l'habitude :

O. *: « Elle me transmet la connaissance intime de l'état de santé de son petit. Elle sent que son enfant ne va pas bien »*

Pourtant cette connaissance peut tromper, quand elle devient source de jugement par exemple. Dans le même temps, cette prise de conscience de son propre jugement peut éveiller la vigilance et le *gut feeling* du médecin.

*Ca. : « C'est une connaissance du patient déjà, on est médecin généraliste. Parfois ça arrive d'anticiper et de se dire il va venir pour rien et là c'est d'autant plus un signe d'alarme pour moi. « Fais gaffe tu risques de faire une bêtise ». Le malade « imaginaire » est fatiguant mais il me fait peur. »*

Cette connaissance du patient permet une compréhension globale et adaptée de la maladie, les éléments biomédicaux sont interprétés au travers de la subjectivité du patient.

T : « *Pourtant la même personne ne va pas exprimer les mêmes signes de la maladie, le même cancer chez telle personne ou telle autre ne va pas avoir les mêmes répercussions parce que là on va vouloir se faire soigner tout de suite et tu seras le pire des médecins si tu n'as pas fait le diagnostic dans les trois jours et ton ressenti pourra peut-être être mis à mal a posteriori. A l'inverse la même maladie, le même diagnostique chez un autre avec une autre façon de penser et de vivre cette maladie avec son corps sera différent »*

Br 22 : « *On ne nous demande pas que de savoir mais de comprendre. C'est la différence entre la médecine de spécialité et la médecine générale. Le fait de comprendre fait peut être appel à autre chose que du scientifique. »*

Le médecin va donc opérer une synthèse de tous les éléments bio-psycho-sociaux. De cette synthèse particulière centrée sur le patient peut alors émerger le *gut feeling*.

*Br21 : « On n'est pas en train de mettre en opposition l'intuition et la science, mais la synergie en subjectif et objectif. »*

*Br 13 : « Ca ne suit pas ce qu'on nous a appris en médecine c'est-à-dire qu'il y a plusieurs facteurs qui rentrent en jeu, il y a ton expérience personnelle, ton ressenti personnel, il y a ta capacité émotionnelle et si tu arrives à mettre tous ces éléments-là qui à priori ne sont pas purement médicaux et que tu arrives à les assembler avec un raisonnement médical qui à ce moment-là se fait de manière inconscient c'est là que tu peux faire progresser ton intuition »*

C'est justement par ce que cette synthèse opère entre de l'objectif et du subjectif que peut prendre naissance le *gut feeling*. En effet en tant que témoin du circuit inhibiteur, le *gut feeling* a besoin de cette relation à l'autre et des émotions morales pour opérer.

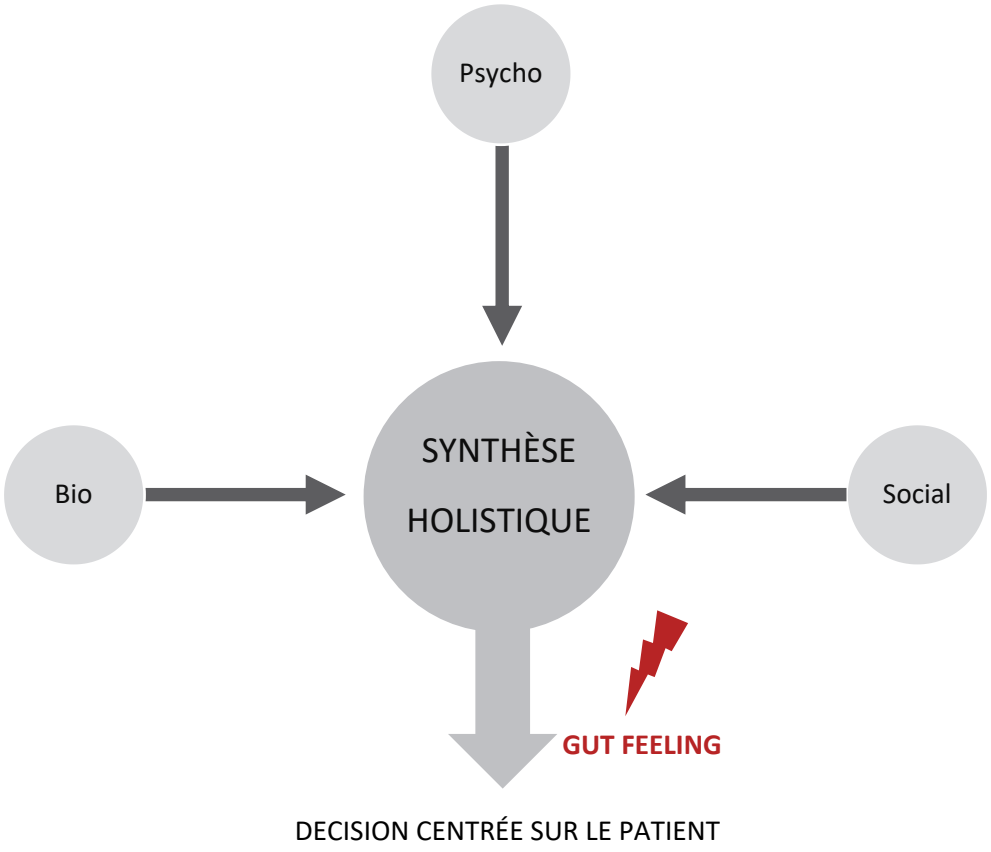


*Figure 4 : Gut feeling et démarche holistique*

- **S'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions**

Il s'agit maintenant pour le médecin d'aller vérifier si sa compréhension bio-psycho-sociale de la situation est juste, et que sa vision de la prise en charge est partagée par celle du patient. Là aussi, nous allons voir que les automatismes de réflexions peuvent être remis en question dans une perspective de compréhension commune, et de décision partagée.

T : *« Il faut avoir la connaissance mais il ne faut pas oublier qu'on soigne quelqu'un dans un contexte et que cette même maladie, le même traitement ne va pas être accepté de la même façon chez l'un ou chez l'autre »*

Pour certains médecins le *gut feeling* va passer par une remise en question des automatismes de prise en charge. Toute la subjectivité du patient et son appréhension des choses est ici intégrée de manière équitable. Elle doit pouvoir alerter le médecin lorsque cette équité n'est pas respectée. Le contexte historique et social peut interpeller le médecin : ma décision est-elle partagée par le patient ?

T : *« Il y a donc du nez dans tout ça à se dire « oula, je ne le sens pas » mais aussi « oula, chez lui ça risque de me poser problème » par rapport au même diagnostique qui chez un autre n'aurait pas posé problème »*

Le « Ça colle/ca cloche » s'exprime ici en termes de **partage de décision** et de convergence.
Le « common ground » ou terrain d'entente de Balint.

T *: « Plus tu as de nez finalement, plus tu sens les choses. Tu es d'autant plus capable d'écouter et d'aller dans le sens de et donc de te mettre en phase et au même niveau avec le patient. Si tu es dans le même wagon je pense que tu es bon dans 99 % des cas, que tu aies tort ou pas, que tu foires à l'arrivée ou pas. L'essentiel c'est d'être en phase avec la personne »*

Le médecin propose un sens mais le patient reste maitre du chemin qu'il souhaite prendre. T. propose une belle formulation imagée pour cela :

*T : « Il faut qu'il y ait une interaction qui se crée à la fois dans le contact au moment de la consultation, avoir ce nez, « être sur la même ligne ». Voilà c'est ça, je pense que rapidement il faut que tu ais compris le pourquoi de la consultation, quelles sont ses attentes et « aller sur le chemin du patient ». Ne pas aller dans son sens mais être sur le même chemin. Être sur le bon rail, côte à côte avec une bonne entente. Avoir une même vision commune de l'endroit où on va. Pour aller rassurer ou même parce qu'il y a des éléments d'inquiétude que je partage avec plus ou moins d'objectivité on va réaliser les examens ensemble dans un degré plus ou moins urgent. En fait il faut voir ça comme un chemin de fer, un train, arriver à se mettre dans le même wagon que le patient, à vivre la situation sans jugement, sans parti pris. Si tu commences avec du parti pris tu es mort, si tu arrives avec ton idée t'es mort, tu ne t'es pas accordé avec l'attente et tu peux louper quelque chose. Il faut savoir cheminer ensemble pour aller vers la réalité de la chose qui était donc une erreur peut-être de sa part et qui était peut-être aussi une fausse vision de ce que tu avais au départ. Plus tu as de nez finalement, plus tu sens les choses. Tu es d'autant plus capable d'écouter et d'aller dans le sens de et donc de te mettre en phase et au même niveau avec le patient »*

On peut parler de réassurance dans le sens où on sent qu'on est en phase avec le patient, qu'on partage le pouvoir décisionnel avec lui de manière équilibrée. « Ça colle » pour tous les deux.

Parfois le médecin doit même consentir à céder sur certains choix, c'est le « *patient empowerment* » qui s'exprime ici, le patient est acteur de sa prise en charge.

T : *« Qu'est-ce qu'ils attendent de la consultation ? et pour ça il faut le laisser venir à toi, savoir ce qu'ils attendent de l'examen et parfois savoir aller dans leur sens pour une prescription d'examens parce que derrière ils ont vécu, un ressenti, une histoire »*

Finalement le diagnostic n'est que secondaire dans la prise de décision. Avoir du « nez » c'est aussi éprouver sa justesse dans l'appréhension de la décision médicale partagée.

T *: « Et dans ce qu'on a dit pour mener la consultation il faut être dans l'écoute et la transversalité. On peut tout à fait sortir d'une consultation sans diagnostique et sans certitude mais tout en ayant mené cette consultation en harmonie, en phase bien sûr avec le patient. Tu as le nez en quelque sorte pour que la consultation se passe bien »*

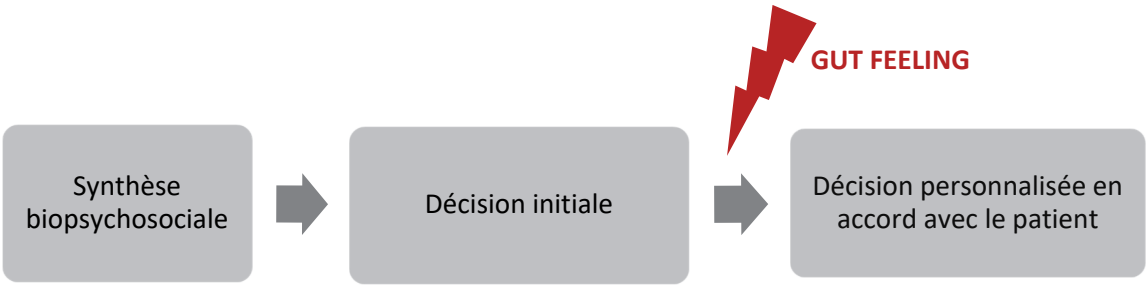


*Figure 5 : Gut feeling et décision médicale partagée*

Le soin quand il est centré sur le patient est moteur du gut feeling à bien des égards. La synthèse intégrant la subjectivité du patient et son environnement doit encore mener à la décision partagée. Les qualités relationnelles sont décisives.

- **Développer la relation et l'alliance.**

Le modèle d'approche centrée sur le patient renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent réciproquement. Il n'est plus question pour le médecin d'être simple interprète d'une souffrance. Il doit accepter de se laisser pénétrer par la dimension affective. Là aussi les médecins vont exprimer que la relation médecin-malade essentielle pour percevoir un *gut feeling*.

J. Wunenburger, philosophe, le présente ainsi : *« Soigner n'est pas seulement intervenir sur autrui mais établir avec lui une relation thérapeutique qui doit prendre en compte tous les aspects existentiels dont le vécu troublé, la fragilité, la souffrance. »*(24)

L'échange et la relations sont importants :

| |
|---|
| *T : « Ça passe par un échange. Le nez, la gravité et tout ça, ça passe par un échange »* |

Un des médecins explique aussi avoir plus de *gut feeling* en milieu rural qu'en milieu urbain car la relation prend plus d'importance :

| |
|---|
| *C. « Ca en ville je ne l'avais pas donc là notion de confiance est très importante oui. Le médecin traitant est le centre pour le patient, on est tout. »* |

Pour M. c'est même cette relation du soin qui soutient le *gut feeling* comme aide au diagnostic.

| |
|---|
| *« On soigne une personne et se rappeler de ça, c'est ça c'est qui aide à faire des diagnostics, à distinguer l'important de l'anxiété du patient. »* |

Le *gut feeling* est un ressenti qui apparait spontanément dans l'esprit du médecin. Les médecins pensent qu'il est important de communiquer dessus en vue d'une bonne relation avec son patient.

| |
|---|
| O : *« Ne pas hésiter à dire aux patients qu'on n'est peut-être pas parti sur la bonne piste. Se remettre en question devant le patient n'est pas un problème, et ne doit pas l'être. Ici, la relation médecin-malade est très importante. Il faut vraiment qu'il y ait une relation de confiance et ce n'est pas facile pour un jeune médecin qui ne connaît pas encore bien ses patients. »* |

Exprimer sa réassurance ou ses doutes, avec tact et mesure, doit permettre d'éveiller la vigilance du patient qui sera la première sentinelle dans l'évolution de la maladie.

| |
|---|
| *O : « Il faut avoir une relation de franchise avec ses patients. Il ne faut pas hésiter à dire aux patients ce qu'on pense : « Ce que vous me décrivez me fait penser à ce diagnostic, mais il faut rester vigilant même si à priori c'est plutôt rassurant, n'hésitez pas à me rappeler ! » ou si le diagnostic n'est pas évident savoir d'emblée demander un examen de débrouillage tout en expliquant pourquoi au patient. En général quand le patient est bien informé ça se passe toujours bien. Je ne connais pas de patient qui ne soit pas d'accord avec ce type de démarche. »* |

La réassurance du patient et le soin passe par la communication de son propre ressenti de réassurance ou d'alarme.

| |
|---|
| T : *« Ton nez sera d'ailleurs d'autant plus rassurant qu'il sera compris »* |

Ce *gut feeling* qui émerge de la relation doit être réintégrée dans celle-ci.

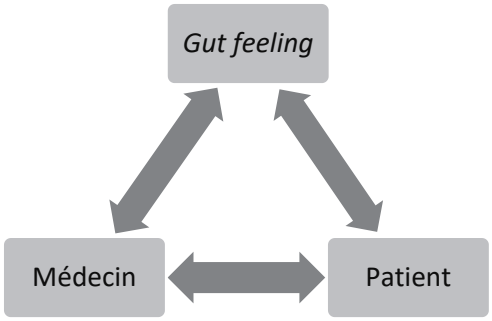


*Figure 6 : Va-et-vient du gut feeling dans la relation*

Avec ses mots, M. exprime que son *gut feeling* nait du savoir-être où fleurit la relation médecin-malade. C'est toujours une opportunité unique d'aider un être humain.

M : « *C'est comme s'il y avait un guidage entre cette personne et moi et qu'il fallait que je rencontre cette personne. Je suis là, à ce moment-là pour aider ces personnes.* »

### III.4.b Le *gut feeling* comme faculté d'adaptation du raisonnement

Les contraintes liées à l'exercice médical mènent à l'élaboration d'automatismes de réflexion. Ils opèrent de manière inconsciente et silencieuse.

Le *gut feeling* est l'expérience de prise de conscience et de remise en question des automatismes.
Il est l'expression d'un contrôle inhibiteur spécifique de la décision médicale.
Le soin centré sur le patient véhicule les émotions sociales et le sens moral nécessaires à son fonctionnement.
Ces émotions lui permettent d'anticiper le regret d'une décision dangereuse et liée aux automatismes inadaptés.
Le médecin prend conscience des limites de son raisonnement avant de décider.
Le sentiment d'alarme amène à reprendre un raisonnement délibéré ou à user de garde-fous. C'est faire preuve de résistance contre les automatismes. C'est la flexibilité cognitive. Elle permet de dépasser les heuristiques et soutient le raisonnement logique. Elle valorise le soin.

Enfin l'expérience fait réfléchir sur soi et valorise la santé.

Nous détaillons ces trois points.

- **Faire preuve de réalisme et tenir compte de ses limites**

Nous rappelons que l'activité réflexive n'a pas lieu dans des conditions optimales : la contrainte temporelle liée à l'exercice est forte. Comme tout système intelligent tend vers une épargne cognitive, le raisonnement du médecin va alors tendre vers une certaine automatisation. C'est ainsi qu'ont lieu les heuristiques, des raisonnements permettant de produire en un temps raisonnable une décision qui est valable dans la majorité des cas. Ces heuristiques sont parfois associées ou confondues avec le *gut feeling*.

> P6 : « E*st ce qu'on a le temps de faire la check-list du pilote de ligne ? Sûrement pas dans le peu de temps qu'on a et en fait peut être que le* gut feeling *c'est un raccourci pour nous faire gagner du temps »*

Cette contrainte temporelle peut même faire perdre de vue certains éléments essentiels du soin et pourtant décisifs dans l'évolution du *gut feeling.*

> T. : *« Il y a toujours une dimension humaine qu'il faudra prendre en compte et parfois c'est difficile en cabinet parce que tu es en face-à-face ou que ton temps est limité »*

Pour autant cette temporalité du soin ne doit pas être un écueil. Le médecin est conscient des limites de son exercice et intègre son *gut feeling* dans la temporalité spécifique de la médecine libérale qui permet la surveillance et la réévaluation du malade.

> T : *« Ce qui est important aussi c'est que tu ne soignes pas un patient à l'instant t comme si la consultation allait s'arrêter derrière. On a beau enchaîner, des actes des actes des actes comme l'angine pour qui il faut mettre des antibios mais ce n'est pas celui-là qui va t'inquiéter, c'est l'autre qui va te poser un peu un problème parce que c'est un fragile, une personne âgée, diagnostique un peu pourri, mal au ventre à 70 ans la dissection ça existe même si t'y crois pas trop. Bref des consultations qui ne s'arrêtent pas au moment de la facturation et « Merci au revoir ». Toujours laisser une porte ouverte quant à la façon d'être recontacter dans un sens comme dans l'autre parce que parfois c'est toi qui a besoin d'être rassuré de rappeler les gens et puis pour te faire un avis sur ce nez qui a pu être faussement rassurant ou à l'inverse faussement alarmant »*

- **Faire preuve de flexibilité**

Pourtant le médecin est capable dans certaines situations de dépasser ces automatismes et de revenir à une certaine rigueur de réflexion quand il perçoit un sentiment de type « ca cloche ». On parle alors d'expérience métacognitive pour décrire cette prise de conscience de son raisonnement. C'est le *gut feeling*. Il résiste contre les heuristiques et revient au raisonnement délibéré ou logique sous l'impulsion du contrôle inhibiteur. On parle de flexibilité cognitive.

*O : « Le médecin sera capable de réorienter l'interrogatoire en cours d'examen. En cours d'action de cerveau humain est capable de changer totalement de stratégie. C'est très important de savoir réorienter sa stratégie clinique et diagnostique en fonction des nouveaux éléments de la consultation. Un sentir face à des données cliniques qui réoriente les choses »*

*O : « Oui ça me parle, quand on est face à un patient qui exprime ses symptômes de manière plus ou moins claire et qu'on ne connait pas tout le dossier de ce patient, comme lors d'une garde, il va peut y avoir un décalage entre tes hypothèses que tu poses et l'impression générale que tu as du patient. C'est quelque chose qui ne va pas forcément être très clair et qui va te demander d'approfondir les choses. Tu es inquiet par ce qu'il est à risque et tu vas remettre en cause tes premières hypothèses. Tu vas aller plus loin et être plus vigilant dans son suivi. Tu vas être obligé à ne pas t'arrêter à tes premières intuitions. »*

Pour Raufaste, une part de la pensée est tournée vers l'intérieur pour l'observer fonctionner et la guider.
On parle de superviseur attentionnel. Certaines parties de ce superviseur sont capables d'identifier des états d'être, comme l'incertitude ou l'incohérence. On les appelle les **rupteurs.**

L'enchainement des pensées ou flux cognitif se déroule spontanément jusqu'à ce qu'un rupteur s'active et l'interrompt. Le raisonnement redevient logique : c'est le *shifting* système1/système2.

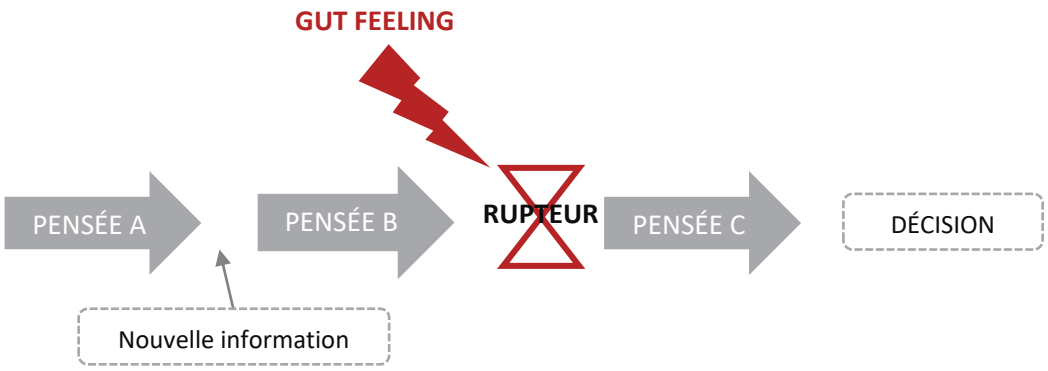


*Figure 7 : Analyse du flux cognitif selon Raufaste*

Avec le temps le médecin peut développer son système 3, générer plus de rupteurs, de *gut feeling* et d'interventions. Ceci est permis par l'expérience et par la réflexion à froid sur sa pratique. O. Houdé va même jusqu'à dire qu'une partie de ces interventions peut s'automatiser et devenir aussi rapide et puissante que le système 1 heuristique.(23)

Raufaste énumère 4 états mentaux pouvant être repérés par ces rupteurs :

1) Les états de blocages cognitifs

*O : « Tu penses à quelque chose de précis ou le patient oriente lui-même vers un diagnostic mais tu as l'impression qu'il y a quelque chose qui ne va pas et tu reprends petit à petit ta consultation pour faire surgir de nouvelles hypothèses »*

2) Les états d'incohérence du système

*G : « Tu as l'intuition d'abord qui vient, il y a quelque chose qui ne va pas, tu n'as pas pu mettre en place tes cheminements, bloquer sur tes questions et tes items et tu dis : « là je ne peux pas aller plus loin, il y a quelque chose qui ne va pas » « qu'est ce qui ne va pas ? » « je ne sais pas y répondre », donc tu es bloqué. C'est l'expérience aussi là. Tu le sens au début et après c'est l'expérience »*

3) Les indices d'erreurs connues

4) Les signes de situations potentiellement dangereuses comme un sentiment de doute ou d'affect négatif.

*G : « Ce n'est pas comme d'habitude pour toi ou pour lui, j'en prends note, je le ressens -reçois ? Et donc il se passe quelque chose « quoi ? » et c'est là où on redevient méthodique. On peut donc se laisser parfois guider par ce ressenti que tu peux appeler intuition ou simplement écoute parfois. »*

*O : « Parfois on sent les choses, que ça ne va pas dans le bon sens, sans savoir dire pourquoi. Soit parce qu'on n'a pas les éléments suffisants pour conclure, soit parce qu'on n'a pas suffisamment de connaissances médicales et de maîtrise du sujet, alors il faut passer la main pour ne pas faire perdre de chances au patient. C'est comme ça qu'on se retrouve à orienter un patient aux urgences parce qu'on n'y arrive pas au cabinet simplement, on sent qu'il y'a quelque chose qui ne va pas, on sent qu'on ne peut pas perdre de temps à tergiverser et qu'il faut orienter le patient rapidement. C'est une structure que l'on peut retrouver plus fréquemment avec les tous petits dont on sent qu'ils ne vont vraiment pas bien. C'est une question de ressenti, on n'a pas de critères objectivables, on n'a pas les éléments objectifs pour dire que ce petit est déshydraté même si on connaît parfaitement les critères de la déshydratation. Même si l'on a certains éléments pouvant être rassurants tout on sait que chez le petit les choses peuvent basculer très rapidement. Un enfant partiellement déshydraté sera mieux à l'hôpital si le contexte social ne permet d'être certain d'une réhydratation de qualité. On a un mauvais ressenti et on ne peut pas attendre bien qu'on pourrait tenter de le réhydrater comme ça en ville. »*

Cette flexibilité est présente dès le début avec plus ou moins d'efficience. Peu importe le nombre d'années d'expérience et d'exercice, tous les médecins ont rapporté cette expérience.

*P. : « Au début tu doutes de tout même quand c'est comme dans les bouquins et après tu vas changer ta façon d'appréhender les situations et t'adapter vraiment avec la personnalité du patient et d'avoir des émotions différentes selon ce qu'il te dit. »*

*O : « C'est quelque chose qui existe dès le départ mais dont on prend conscience avec le temps. Avec l'expérience et l'accumulation des connaissances médicales c'est quelque chose qui va venir beaucoup plus facilement »*

On peut se demander alors ce qui permet au médecin de cultiver cette flexibilité cognitive ?

Raufaste explique que l'acquisition d'expertise chez les *super-experts*, les plus flexibles, pourrait consister à insérer des rupteurs au sein de la réflexion. L'écoute, l'empathie et les autres qualités du soin centré sur le patient pourraient former ces rupteurs. Nous revenons aux qualités en lien avec le soin et mise en avant par les médecins dans l'expression de leur *gut feeling* : l'écoute, l'humilité...

*G : « Donc laisser venir à toi toutes les informations possibles et ce que tu ressens fait partie des informations. Tu peux te tromper, pas de problème, mais tu n'as pas fait d'erreur en laissant parler le patient et en laissant parler ton ressenti. Ça ne t'empêchera pas de dire ce n'est rien et même si c'est rien tu vas quand même faire un examen par ce que tu n'es pas dans la certitude pour autant. »*

Parler d'émotions dans le raisonnement pourrait amener à mettre de côté la logique. La pensée a besoin de ses trois moteurs pour fonctionner, nous les rappelons :

1. Le circuit court long c'est-à-dire le raisonnement logique nécessitant un effort
2. Le circuit court c'est-à-dire l'impulsion, l'intuition ou l'heuristique souvent trompeuse. Elle est en accord avec les limites de l'exercice.
3. L'inhibition c'est-à-dire la capacité à dépasser ces heuristiques et liées aux émotions sociales.

Les médecins sont conscients de la juste synthèse des savoirs et des affects à réaliser.

*Br21 : « on n'est pas en train de mettre en opposition l'intuition et la science, mais la synergie en subjectif et objectif. »*

*Ca. : « On n'est pas qu'un métier de ressenti. Il y a beaucoup de connaissances à la base, et tout ça vient se greffer dessus. Sans le bagage médical théorique il n'y a rien de tout ça qui s'enchaîne. »*

*Br 13 : « Ca ne suit pas ce qu'on nous a appris en médecine c'est-à-dire qu'il y a plusieurs facteurs qui rentrent en jeu, il y a ton expérience personnelle, ton ressenti personnel, il y a ta capacité émotionnelle et si tu arrives à mettre tous ces éléments-là qui à priori ne sont pas purement médicaux et que tu arrives à les assembler avec un raisonnement médical qui à ce moment-là se fait de manière inconscient c'est là que tu peux faire progresser ton intuition »*

Cette synthèse est le résultat d'une longue expérience. Paradoxalement elle se travaille par une prise de conscience et de recul sur son propre fonctionnement

Br13 : *« Pour moi c'est la forme ultime du raisonnement, intégration des sentiments des émotions, tout ce qui est objectif, le verbal, le non verbal, et tout ça en le laissant apparaitre. Et c'est là où je dis qu'il y a peut-être un travail à faire, il faut le laisser monter en toi pour que tu saches en prendre conscience. »*

- **La Réflexion sur soi, à froid**

Nous avons expliqué que le *gut feeling* s'exprimait surtout devant des reconnaissances de cas atypiques pouvant mettre en déroute les automatismes formés par l'expérience. Cette perception parfois désagréable pour le médecin peut amener à une remise en question de plusieurs éléments. Le rapport au savoir et à l'objectivité est questionné :

*G : « Tout ce que tu as appris à la fac, tous ces rouages, tous ces automatismes qui sont là dans ta tête. Instinctivement ils sont là et ils fonctionnent. Quand on dit « lui je ne le sens pas ». Et puis l'expérience fait qu'on sait qu'on ne peut être sûr de rien »*

Ce *gut feeling* pousse le médecin à avoir une réflexion à froid sur lui-même. Il apprend à se méfier des automatismes liés à l'expérience et qui peuvent occulter la vision du médecin.

C. : *« Oui c'est quelque chose qui me parle beaucoup, oui car plus je trouve qu'on prend de l'âge en médecine moins je suis sûr de moi, parce qu'au début on sort des années de médecine puis on découvre que la réalité est tout autre [...] Plus on prend de l'âge plus j'ai l'impression qu'on peut passer à côté de quelque chose »*

*Be7 : « Je dirais même que pour moi l'intuition n'est pas primitive, au contraire même c'est ce qui fait la beauté de l'espèce car c'est ce qui permet de faire du progrès »*

Une citation de l'entretien avec T. qui résume à la fois les aspects de flexibilité en action et d'autoréflexion générale sur la pratique. Le lien du *gut feeling* avec toute la complexité des enjeux du soin tels que nous les avons exposés y transparait clairement.

> *T : « En fait on va souvent mettre un patient dans une case au début. Dans 90 % des cas il va aller dans la case. Mais il y a 10 % où il peut ne pas y être donc il ne faut pas t'obstiner à vouloir le faire rentrer dans cette case. Et ce nez est peut-être plus présent dans ses 10 % là où il faut savoir changer de case. L'objectivité c'est bien mais parfois elle peut te conduire à tout prix dans le faux. Donc il faut transmettre aux jeunes que rien n'est sûr, tu as beau détenir la science tu ne détiens pas la vérité pour autant. Ce qui semble vrai dans 90 % des cas est faux dans d'autres. La connaissance c'est bien mais elle peut parfois te jouer des tours. Tu peux penser à quelque chose parce qu'il y a un contexte médical ou social qui te fait dire bip bip bip, je ne vois que cet organe et seulement cet organe et en fait ça peut être un signe indirect rarissime ou non d'ailleurs de quelque chose que tu as complètement oublié ou que tu ne connais pas et si tu restes obstiné dans ta certitude tu vas te heurter à des problèmes. Ce que j'ai envie de dire aux jeunes donc : tu as une consultation ne sois pas mordicus dans ton propos, ne t'installe pas dans la certitude, exprime-le par ton propos parce que la médecine n'est jamais sûre et que tu te tromperas forcément un jour ou l'autre. Tu peux néanmoins avoir un discours rassurant parce que neuf fois sur dix tu es dans le bon. Mais que dans les certaines situations où ton nez te dit que ça peut ça peut ne pas être à ce moment-là n'hésite pas à ouvrir le parachute. Pas parce qu'il y a un procès qui t'attend mais parce que derrière attention le terrain peut être miné ou faussement rassurant. Dans ces cas-là il faut redevenir humble et humain. Ne pas être décideur : « c'est moi qui ai la connaissance ». Là tu risques de te heurter à des difficultés qui peuvent aller jusqu'à des problèmes. Si tu sens qu'il peut y avoir quelque chose il va falloir trouver des moyens de t'adapter, orienter les choses et te donner de l'ouverture »*

Nos résultats ont ainsi montré deux rapports essentiels du *gut feeling* avec le soin.

Le *gut feeling* est le circuit inhibiteur en action dans la décision médicale.
Celui-ci est lié aux émotions sociales et au sens moral. La relation soignante et la décision centrée sur le patient en sont les vecteurs.
Les médecins le soulignent bien : il n'y a pas de *gut feeling* sans cette dimension du soin centré sur le patient.

D'autre part le *gut feeling* est une prise de conscience de sa manière de raisonner. Il permet de remettre en question ses automatismes et de dépasser les heuristiques de raisonnement. On parle de flexibilité. En tant que capacité à dépasser les biais de raisonnement, le gut feeling valorise le soin de manière globale.

Cette capacité est liée à des émotions fines. Elles appartiennent au sens moral. L'altérité les motive.
Le médecin résiste aux automatismes du passé et s'adapte à la singularité du patient. L'adaptabilité est optimale et vient compléter les autres aspects du raisonnement. Le *gut feeling* valorise le soin centré sur le patient.

Enfin, l'expérience répétée du *gut feeling* amène à se méfier des raccourcis de réflexion. Le médecin développe une réflexion sur sa pratique et les limites du raisonnement. Il enrichit son expertise médicale. Le soin est valorisé. Nous illustrons cette flexibilité permise par le *gut feeling*. L'impulsion du soin centré sur le patient est déterminante.

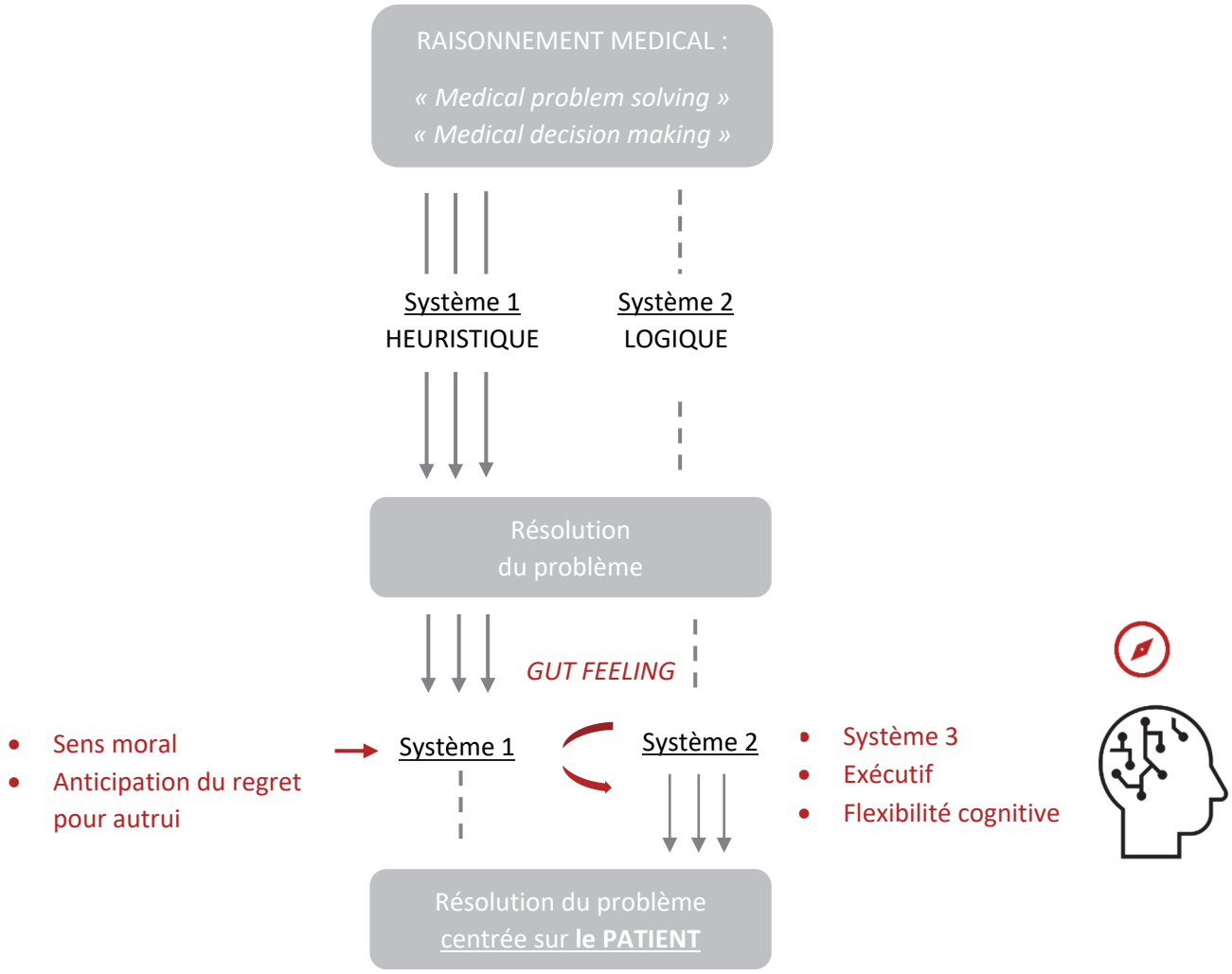


*Figure 8 : Intervention du gut feeling dans le raisonnement médical*

Nous concluons en disant que plus les qualités soignantes sont présentes, plus elles motivent une position d'écoute et d'humilité dans la pratique qui génère un *gut feeling*. Le soin en est valorisé et personnalisé.

De manière réciproque, le médecin perçoit les bénéfices de cette expérience. Il s'ouvre alors d'autant plus aux multiples dimensions du soin qu'il sent capables de l'aider à la remise en question. Il développe *in fine* une réflexion globale sur sa pensée et enrichit son expertise de soignant.

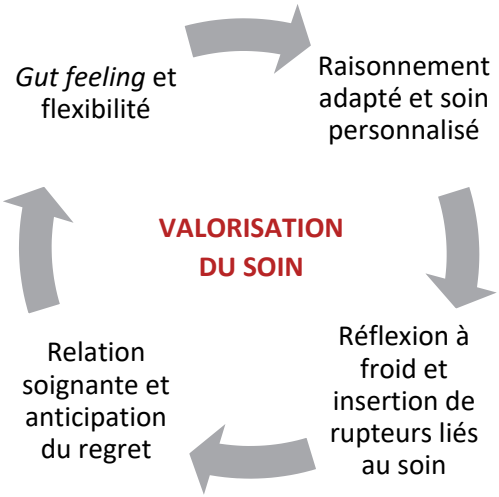


*Figure 9 : Gut feeling et valorisation du soin*

# IV. Discussion

## IV.1 Apport des résultats

L'essentiel des études réalisées jusqu'à présent tente de définir le *gut feeling* à partir des représentations des médecins généralistes. Ses caractéristiques sont définies à mesure des entretiens et des consensus réalisés.
Le *gut feeling* est un phénomène connu de tous les médecins interrogés.
Une certaine hétérogénéité demeure dans les récits d'expérience. Certains médecins associent le *gut feeling* à la capacité à remettre en question les automatismes de raisonnement. C'est la flexibilité cognitive et elle est perçue comme une source d'intérêt majeur pour la pratique. D'autres associent le *gut feeling* aux raccourcis liés à l'expérience et alors, ils s'en méfient : confiance à l'égard de l'inhibition et méfiance à l'égard des heuristiques.

Parallèlement, les plus récents travaux d'Erik Stolper aspirent à définir la place du *gut feeling* dans un modèle de décision aux côtés du *Medical Problem Solving* et du *Medical Decision Making.*

La première limite de ces travaux est donnée par cette difficulté à discriminer les deux moteurs de la pensée, heuristique et inhibiteur. Ceci complique l'intégration du *gut feeling* dans un éventuel modèle de décision.
La seconde tient à la finalité de ces modèles : une décision décentrée du soin et du patient.
Le soin est en médecine générale centrée sur le patient. C'est un objectif complexe qui lie le diagnostic à d'autres dimensions essentielles de la relation médecin-patient.
Un modèle de décision orienté par le soin plutôt que le diagnostic ou la décision simple serait souhaitable.

O. Houdé définit une capacité d'inhibition en relation étroite avec les émotions sociales, le sens moral et l'anticipation du regret pour autrui.
Ces émotions sont à l'origine de l'expérience métacognitive du *gut feeling* : prendre conscience de la nécessité d'intervenir sur des automatismes inadaptés de raisonnement.
Prendre en compte ces émotions est essentielle pour comprendre et envisager un modèle de décision intégrant ce gut feeling.
O. Houdé parle de résistance : inhiber les heuristiques c'est « Inhiber pour autrui ».

Comment définir le soin et le confronter au *gut feeling* des médecins ?

Le modèle de soin centré sur le patient, tel qu'il est défini en médecine générale, nous a permis de définir l'activité soignante.
Le *gut feeling* est en rapport avec le soin selon deux dimensions :

- Le soin centré sur le patient est générateur des émotions sociales et morales nécessaire au fonctionnement de l'inhibition. Il soutient l'expérience du *gut feeling*.
- Le *gut feeling* est une capacité à inhiber les automatismes inadaptés de la décision médicale. Celui-ci est lié aux émotions orientées vers le patient. Le *gut feeling* participe à la justesse du raisonnement et valorise le soin centré sur le patient. Il favorise aussi la réflexion sur sa pratique.

Nous répondons donc à la question de notre recherche qui interrogeait les rapports du *gut feeling* et du soin. Ceux-ci s'exercent dans un rapport de réciprocité qui participe à la valorisation globale du soin.

## IV.2 Limites

### IV.2.a. La validité de l'étude

La réalisation d'une étude qualitative semblait être la méthode la plus adaptée au recueil des ressentis des médecins sur le thème du *gut feeling*.
La méthode des entretiens nous a paru, selon notre axe de recherche, la méthode la plus adaptée. Elle permet de rester dans une démarche ouverte et souple pour un sujet complexe comme celui-ci. Les va-et-vient entre le terrain, la littérature et la théorisation sont fréquents et permettent de rester dynamiques dans la recherche. Bien que les consensus donnent progressivement un cadre conceptuel au *gut feeling*, celui-ci ne s'accorde pas toujours aux réalités vécues. L'entretien préserve cet espace de dialogue qui permet à chacun d'exprimer son expérience.

Notre échantillon est varié. Peu de médecins avaient notion du terme « *gut feeling* » bien que tous affirment son expérience. Dans la mesure où nous n'avons pas sélectionné les médecins en fonction de critères d'inclusion particuliers définis à priori, en lien avec l'un ou l'autre aspect théorique de notre sujet, notre échantillon reflète bien la diversité des profils disponibles en médecine générale.

Notre travail a été mené selon une méthodologie applicable aux critères de scientificité COREQ-32.
Le cadre théorique utilisé pour sa conception se base sur la méthode de théorisation ancrée.

Notre étude présente cependant des limites.

Notre échantillonnage par effet « boule de neige » a recruté des médecins majoritairement expérimentés. Nous avons obtenu une majorité de médecins dits « experts », statut pour lequel on s'attend à retrouver une plus grande part de stratégies intellectuelles basée sur les automatismes comme les heuristiques et l'adaptation-inhibition comme le *gut feeling*.

Pourtant les quelques profils de jeunes médecins installés ont été en mesure de communiquer sur leur ressenti d'un *gut feeling.* L'inhibition est en rapport avec des compétences autres que médicales, ainsi elle peut être développée dès le plus jeune âge en accord avec les expériences sur la pédagogie des enfants réalisée par O. Houdé.

L'investigateur était novice dans la réalisation des études qualitatives.
Nous constatons que certains termes comme « intuitif » ou « émotion » sont fortement connotés chez les médecins et peuvent biaiser les représentations et enfermer la réflexion. Le groupe focus a été introduit avec ces termes, ils ont clivé le débat alors que les médecins se sont accordés finalement pour dire qu'ils parlaient bien de la même chose. Chaque médecin a ainsi ses à priori à l'égard des mots et des expériences.
Les discours rapportés enrichissent le champ lexical du *gut feeling* et participent à refléter sa complexité plutôt qu'à le simplifier.
La suite des entretiens a été introduite avec la seule description des ressentis d'alarme et de réassurance tels qu'ils sont présentés par Stolper.
Les interventions étaient peut-être inadaptées.
Le codage est nécessairement biaisé par nos recherches concomitantes.

Pour répondre à ces écueils on pourrait imaginer une étude similaire construite en partenariat avec des psychologues et d'autres professionnels des sciences humaines et sociales.

### IV.2.b Limites intrinsèques du sujet

Le *gut feeling* apparait encore comme un concept très hétérogène.

Ceci implique de poursuivre les recherches sur un mode qualitatif.
Communiquer sur le phénomène du *gut feeling* pourrait valoriser la recherche : l'intégralité des médecins interrogés n'avaient jamais entendu l'expression de *« gut feeling »* !
Les consensus ne doivent pas chercher l'uniformisation mais le partage du sens commun. Tous les médecins ont partagé une expérience de *gut feeling* selon des modes différents qu'il faut valoriser.

Le dialogue doit s'ouvrir aux autres domaines que celui de la médecine. Dans la recherche sur le raisonnement, la psychologie et les sciences humaines et sociales peuvent décentrer la recherche, enrichir les méthodes d'évaluation et faciliter le dialogue entre médecins.

Quelle est l'origine de l'ambivalence exprimée par les médecins à l'égard du *gut feeling* ?

Les émotions de l'inhibition sont d'une autre nature que les émotions de la pensée intuitive. Ce sont des émotions « cognitives » liées à l'auto-évaluation et morales liées à l'altérité.
Elles sont différentes des émotions liées aux heuristiques, égocentrées. L'heuristique d'affect correspond par exemple au « j'aime » des réseaux sociaux.
Cette discrimination cognitive et des affects n'est pas simple pour les médecins.
Les heuristiques inquiètent naturellement car elles peuvent être trompeuses. L'inhibition valorise la pensée.
Encore une fois les psychologues pourraient aider à discriminer les trois moteurs de la pensée et leurs affects respectifs.
Le fait d'orienter les entretiens sur le soin peut aider les médecins à discriminer leur *gut feeling* : les heuristiques n'ont pas de lien avec les émotions sociales et l'anticipation du regret pour autrui.

Olivier Houdé soulève deux autres interrogations concernant l'inhibition et donc potentiellement le *gut feeling*.
Existe-t-il un mécanisme unique d'inhibition ou plusieurs ?
Le contrôle inhibiteur est-il nécessairement conscient ?
Les formes seraient plurielles et l'inhibition pourrait devenir à force de répétition inconsciente. Deux réponses qui illustrent la complexité du sujet.

Une autre approche consiste à quantifier l'activité inhibitrice. Comment évaluer celle-ci ?

La première approche consiste à évaluer le sujet qui ressent un *gut feeling*.
Stolper propose de quantifier les marqueurs somatiques liés à l'activation du système sympathique lorsqu'un *gut feeling* est perçu.
On pourrait aussi analyser les expressions faciales des médecins à l'aide d'un support vidéo. Certains muscles faciaux ne s'activent qu'involontairement sous les jeux d'émotions précises.
O. Houdé utilise en laboratoire des échelles psychométriques d'évaluations du regret comme l'échelle de Lickert, des échelles d'évaluation de la confiance, ou encore des échelles d'évaluation de la curiosité : l'envie de connaitre une autre manière de répondre. (6)(25) Il utilise aussi la neuro-imagerie fonctionnelle. Les IRM fonctionnelles pourraient mettre en évidence la bascule de l'activité neuronale opérée lors du *shifting* système 1/2 au moment de l'expérience du *gut feeling,* comme il l'a déjà utilisé chez l'enfant en pédagogie du comportement.

Une autre approche pourrait consister à évaluer l'apprentissage de l'inhibition et son retentissement sur le *gut feeling.*

## IV.3 Ouvertures

Ceci nous amène à considérer la question de l'apprentissage. Peut-on enseigner le *gut feeling* ou le contrôle inhibiteur ?

En 1989, à la fin de son ouvrage Kahneman pose une question essentielle pour l'éducation : « Que peut-on faire pour éviter les biais [du Système 1] ? ». Le *dé-biasing*, ou correction-suppression des biais, est alors selon lui impossible.
Pourtant, aujourd'hui O. Houdé répond positivement. Selon lui il faut apprendre à utiliser des circuits indirects, des chemins alternatifs dans le cerveau : c'est la vicariance cognitive. « [...] Si l'on veut une pédagogie du raisonnement qui soit efficace et adaptée, tant chez les enfants que chez les adultes, il faut exercer, entraîner, autre chose que la seule logique selon la séquence habituelle instruction-répétition des règles du Système 2. La pédagogie doit viser le Système 3 dans son rôle dit exécutif. » (22) Un CI « contrôle inhibiteur » devrait même selon lui compléter le QI dans l'évaluation des capacités cognitives.

Cette capacité de réorientation dans notre paysage cognitif est toutefois fragile. Elle n'est pas acquise d'emblée. En revanche, bien exercée et renforcée positivement par la pédagogie, cette séquence doute-regret-inhibition peut être stabilisée dans notre cerveau. Si elle est renforcée en mémoire à long terme cette séquence peut devenir, elle aussi, très rapide : elle peut alors devenir compétitive par rapport au Système 1 heuristique.

Les fonctions exécutives de base sont la flexibilité cognitive, l'inhibition ou la maîtrise de soi et la mémoire de travail. A l'école, Montessori ou Freinet par exemple, elles sont stimulées selon trois axes majeurs :

- Enseigner des stratégies ou compétences plutôt que des connaissances.
- Verbaliser la cognition, c'est-à-dire sa manière de raisonner.
- Réaliser des activités qui stimulent globalement les fonctions exécutives, comme les jeux go/no go, les activités de contrôle comme le yoga ou les arts martiaux, les activités créatives.

Enseigner des stratégies :
Raufaste postule par exemple que les connaissances médicales doivent être combinées de manière flexible pour permettre des représentations adaptables à chaque patient. Le troisième cycle des études médicales est ainsi passé d'une approche par objectifs à un apprentissage centré sur les compétences.(26)
Les stages chez le praticien sont aussi des apprentissages de stratégies par l'exemplarité.

Verbaliser la cognition :
Raufaste propose une autre méthode d'apprentissage : comprendre les processus en action chez les « super-expert » qui sont capables d'expliciter leur savoir et de remettre en question leurs automatismes.
La réflexion sur soi est source d'expertise.
Schön propose la méthode du *debriefing*. Elle permet de reconstituer les raisonnements tenus durant l'action et d'identifier leurs points faibles et leurs biais. En partant d'une relecture de la part consciente et rationnelle de l'action, on en revient à mettre en évidence la part de l'inconscient pratique de l'action. On pense ici au Récit de Situation Complexe Authentique pratiqué au cours du troisième cycle médical. (27)
Par ailleurs Schön précise que la réflexion sur notre action renvoie à l'insertion d'un individu dans des systèmes sociaux et à ses relations avec les autres. Ceci explique pourquoi il est difficile de changer tout seul et justifie les approches systémiques de la thérapie et du changement. C'est l'apprentissage par l'explicitation en groupe tel qu'on le propose dans les groupes d'échanges de pratiques (GEPECA) et les groupes de pairs.

Stimulation globale de l'inhibition :
La question du contrôle cognitif ne concerne pas seulement les apprentissages classiques, mais aussi le contrôle de soi. Certaines activités comme le yoga, la méditation ainsi que les activités créatives ont déjà montré leur apport positif dans la pédagogie de l'enfant. Celles-ci devraient faire l'objet d'évaluations sur leur capacité à influencer positivement le *gut feeling*. Si leur pratique venait à améliorer significativement les performances de l'inhibition, elles pourraient être encouragées auprès des médecins et participer à un épanouissement global de leurs capacités intellectuelles. Dans une perspective proche, l'université de Strasbourg propose déjà un enseignement à la fois théorique et pratique de la méditation pour les soignants.

Nous concluons en formulant cette dernière question : le contrôle inhibiteur est-il possible pour l'Intelligence Artificielle ? Celle-ci peut-elle se substituer à l'humain dans le domaine du soin ?

Les systèmes informatiques intelligents reposent sur des algorithmes. Leur vitesse d'exécution est un million de fois plus rapide que celle du cerveau. Pourtant Yann le Cunn, président de la chaire d'informatique au Collège de France déclare que « le meilleur système actuel d'*IA* a moins de sens commun qu'un rat. »

Malgré l'accroissement spectaculaire des puissances de calcul, les bugs, les biais et les erreurs se multiplient. Les grandes bases de données appelées *big data* donnent lieu à des corrélations statistiques qui ne sont pas toujours pertinentes. Elles entrainent de mauvaises décisions.

Les systèmes intelligents artificiels sont victimes comme les humains de puissantes heuristiques trompeuses : les biais perceptifs, cognitifs, sociaux et émotionnels des données. Les systèmes d'*IA* reproduisent systématiquement les travers et biais humains que comportent implicitement les codages ou les bases de données sur lesquelles ils ont appris à décider. Le facteur humain est important.

Quand les algorithmes posent des problèmes, les informaticiens inventent de nouveaux algorithmes pour les corriger. C'est le schéma de base du codage informatique. Les ordinateurs n'ont pas appris à inhiber les heuristiques erronées.

La clé de l'intelligence selon O. Houdé repose donc sur le contrôle inhibiteur, tant sur le plan humain qu'artificiel. Il affirme : « L'intelligence humaine n'est pas un algorithme. » (28)

Il s'interroge :

Où est l'équivalent du cortex préfrontal dans ces systèmes d'*IA* ?
Pourquoi n'existe-t-il pas un système d'autoévaluation où les émotions et le sentiment de se tromper (ou leur équivalent informatique) jouent un rôle ?

Les systèmes intelligents peuvent techniquement reproduire le système exécutif mais pas les émotions.
Contrairement au cerveau humain, les ordinateurs ne disposent pas de la faculté d'apprendre cette résistance cognitive par l'émotion et la peur de se tromper. Ni même par le plaisir de se corriger, de prendre du recul et de faire preuve de curiosité.

La cognition est profondément ancrée dans les sentiments, les émotions et la biologie selon le concept d'homéostasie de Damasio : « L'esprit est modulé par le corps. » (21) (29)
O. Houdé doute qu'une une inhibition « chaude » liée aux émotions puisse voir le jour pour les systèmes intelligents.

L'application pour la médecine est grande : tant que ces émotions ne seront pas reproduites, peu importe les algorithmes, il faudra toujours un humain aux commandes.

O. Houdé conclut : « Nous n'avons pas besoin d'ailleurs que les robots simulent totalement l'intelligence humaine. On pourrait se contenter de leur confier certaines tâches pour lesquelles les algorithmes suffisent et veillant à mettre en place des contrôles minimaux pour les empêcher de réaliser des choses trop irrationnelles »

# Conclusion

Ce travail de thèse s'est attaché à évaluer les rapports existants entre le *gut feeling* et le soin. Nous avons ainsi montré qu'ils étaient doubles.

D'une part, le *gut feeling* est l'expression d'une aptitude intellectuelle de remise en question appliquée à la décision médicale. Certaines émotions qualifiées de morales sont nécessaires à son bon fonctionnement. Elles concernent le sens des responsabilités, l'anticipation du regret, le sens moral. Celles-ci trouvent leur essence dans la relation soignante. Dans le cadre de la relation de soin, le médecin peut exprimer des doutes et anticiper des regrets sur ses choix. Il exprime alors un *gut feeling* et peut remettre en question ses automatismes de raisonnement.

D'autre part, cette remise en question du raisonnement est essentielle. On parle de flexibilité cognitive. Les automatismes de pensée liés à l'expérience augmentent avec le temps et mènent à des intuitions potentiellement sources d'erreurs : ce sont les heuristiques de raisonnement.
Le *gut feeling* est alors l'expression d'une résistance intellectuelle, c'est à dire une capacité à inhiber ses automatismes pour autrui. Il permet de réaliser des choix plus pertinents et centrés sur le patient. Le soin en est valorisé. Avec le temps, ce système inhibiteur se renforce et devient de plus en plus performant. Le médecin soutient ce renforcement par la réflexion sur sa pratique et développe d'autant plus ses qualités de soignant.

Le *gut feeling* pourrait donc intégrer un modèle de décision médicale aux côtés de ceux que nous connaissons déjà. Ce modèle devrait être centré sur le patient et le soin car cette dimension relationnelle semble indispensable au bon fonctionnement de cette aptitude. Cette mise en valeur du *gut feeling* comme reflet d'une capacité de remise en question des automatismes pourrait permettre d'encourager son étude et mener à son apprentissage.
Ainsi le soin et l'exercice de la flexibilité cognitive pourraient devenir aussi prioritaires pour l'enseignement du deuxième cycle ou de la formation continue que les connaissances théoriques en médecine générale. Le troisième cycle quant à lui a déjà évolué vers un apprentissage « dans une logique par compétence » qui correspond à cette mise en valeur de l'inhibition et de la flexibilité.

Enfin la recherche sur le raisonnement médical devrait permettre de reconsidérer la place future de l'intelligence artificielle en médecine. Les émotions altruistes, en acte dans la décision, soulignent la complexité et la beauté de la cognition humaine. En dépit de la puissance technique déployée par les récents systèmes informatiques, l'homme reste décisif dans l'acte du soin.

# Bibliographie


1. G. Bloy Incertitude en médecine générale : sources formes et accomodements possibles.

2. Baszanger Isabelle La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale.

3. Braun RN. Die Gezielte Diagnostik in der Praxis. Stuttgart: Schattauer; 1957.

4. Boreham NC. The dangerous practice of thinking. Med Educ. mai 1994;28(3):172 9.

5. Simone Bateman. À propos de l'incertitude dans la pratique médicale.

6. Houdé O. L'inhibition au service de l'intelligence.

7. 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.

8. Stolper E, van Royen P, Dinant GJ. The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. Eur J Gen Pract. janv 2010;16(2):72 4.

9. consensus Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. BMC Fam Pract [Internet]. déc 2009 [cité 30 sept 2019];10(1).

10. Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children. Br J Gen Pract. 2007;

11. Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. The Lancet. mars 2010;375(9717):834 45.

12. 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.

13. Report of the last COGITA meeting (Tampere, 2019, May 9th) - Gut Feelings in General Practice.pdf.

14. 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.

15. Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. J Clin Nurs. mars 2007;0(0):070621074500075-???

16. Djulbegovic B, Hozo I, Beckstead J, Tsalatsanis A, Pauker SG. Dual processing model of medical decision-making. BMC Med Inform Decis Mak. 3 sept 2012;12:94.

17. Théorie de la rationalité limitée : la rationalité procédurale de la décision, le modèle I/M/C – Herbert Simon [Internet]. SI & Management. 2016.

18. Houdé olivier. que sais-je ?

19. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. 1974;185:10.

20. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. The affect heuristic. Eur J Oper Res. mars 2007;177(3):1333 52.

21. Damasio A. L'Homme de vérité.

22. Houdé O. Apprendre à résister.

23. Les mécaismes cognitifs du diagnostic médical Optimisation et expertise Eric Raufaste editions le Travail humai Puf.

24. Jean-Jacques Wunenburger. Imaginaires et rationalité des médecines alternatives.

25. O. Houdé et alii, « Mapping Numerical Processing, Reading, and executive Functions in the Developing Brain ».

26. Apprentissage par compétences Revue Exercer 2013 https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf.

27. Schön D. Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Ed. Logiques Inc. Montréal; 1994. 11 20 p.

28. Houdé olivier. L'intelligence humaine n'est pas un algorithme.

29. L'homéostasie de Damasio https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-587/La-nouvelle-definition-de-la-vie-par-antonio-damasio.

# Résumé

**Introduction :** Le *gut feeling* est une expérience de prise de conscience de sa manière de raisonner en médecine. En tant que telle, c'est une expérience métacognitive qui concoure à la remise en question des automatismes de pensée. Le système 3 ou cerveau exécutif est responsable de cette activité dite de flexibilité cognitive. Elle est représentée par la séquence suivante : douter, anticiper le regret d'un automatisme inadapté et l'inhiber si nécessaire. C'est donc la relation à l'autre et les émotions morales qui soutiennent cette activité. Or celles-ci doivent nécessairement s'exprimer dans la relation soignante. Notre travail étudie la relation entre le soin et le *gut feeling*. Le *gut feeling* peut-il valoriser le soin ?

**Matériel et méthode :** Cette recherche a fait l'objet d'une étude qualitative. Les critères COREQ ont accompagné sa réalisation. Un groupe focus et des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisé. Un guide d'entretien a facilité les échanges. Un double codage a été réalisé et a participé à la triangulation des données. L'interprétation a suivi le modèle de théorisation ancrée.

**Résultats** : Un group focus et neuf entretiens semi-dirigés ont été retenu pour l'analyse. Certaines descriptions ont confirmé les caractéristiques connues du gut feeling. L'arbre de codage a ensuite présenté la dichotomie suivante. D'un côté les qualités nécessaires à l'aptitude du *gut feeling* telles que l'écoute, l'empathie ainsi que des qualités de synthèse centrée sur le patient. De l'autre l'usage rapporté du *gut feeling* : la remise en question d'automatismes potentiellement dangereux et l'autoréflexion à froid sur sa pratique.

**Conclusions** : Les qualités rapportées par les médecins considérées comme responsables du *gut feeling* correspondent aux qualités de l'activité soignante telle qu'elle est présentée dans le modèle d'Approche centrée sur le patient. Le soin est donc le cadre nécessaire à l'expression du *gut feeling*. Par ailleurs comme expression de résistance et de flexibilité cognitive, le *gut feeling* participe d'une meilleure réflexion et d'une décision plus juste. Il soutient aussi la réflexion à froid sur sa pratique personnelle. Le *gut feeling* concourt donc à une valorisation globale du soin.

**Mots clés** : *gut feeling*, décision médicale, système 3 exécutif, flexibilité cognitive, soin.

Annexe 1 :

Dossier
Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50–54

# Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative

## *French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research*

*Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France*

**Michel Gedda (Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)**

**RÉSUMÉ**
Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.
COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).
Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.
Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.
*Niveau de preuve.* – Non adapté.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

**SUMMARY**
*This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.*
*COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.*
*An original French translation of the checklist is proposed.*
*This translation is open access under a Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License.*
Level of evidence. – *Not applicable.*
*© 2014 Elsevier Masson SAS.* Open access under CC BY-NC-ND license.

**Mots clés**
Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

**Keywords**
*Edition*
*Assessment*
*Evidence-based practice*
*Quality*
*Reading*
*Qualitative research*
*Reporting*
*Responsibility*
*Standard*
*Transparency*

*Adresse e-mail :*
direction@a-3pm.org

DOIs des articles originaux :
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008

http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005
© 2014 Elsevier Masson SAS.
Open access under CC BY-NC-ND license.

**Note de la rédaction**

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15 (157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157)

## RÉFÉRENCE ORIGINALE

**Acronyme et intitulé complet :**
COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

**Objet des lignes directrices :**
Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

**Site Internet officiel** :
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long

**Dates de référence :**
2007 : version initiale et actuelle [1].

**Langue :**
Anglais

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

**Contact :**
Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.
Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

## TRADUCTION FRANÇAISE

**Contenus traduits :**

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau I*) :
  - équipe de recherche et réflexion,
  - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
  - conception de l'étude,
  - cadre théorique,
  - sélection des participants,
  - contexte,
  - recueil des données ;
- analyse et résultats :
  - analyse des données,
  - rédaction du rapport.

**Traduction française originale :**
La traduction ici proposée est originale et inédite.

- **Méthode générale**
  La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].
  Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes–notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.
  Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.
  Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|---|---|
| **Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion** | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |
| 2. | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD* |
| 3. | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche* |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche* |
| **Domaine 2 : Conception de l'étude** | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu* |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige* |
| 11. | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel* |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail* |
| 15. | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? |
| 16. | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date* |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|---|---|
| 21. | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |
| **Domaine 3 : Analyse et résultats** | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant* |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.
Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, mercatique (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé de considérer l'appellation du GROUM-F[1] : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion–et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.
Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».
Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

[1] GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

**Déclaration d'intérêts**
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements**
Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

## RÉFÉRENCES

[1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007;19(6):349–57.
[2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. Am J Pharmaceut Educ 2010;74(8):1–7.
[3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. J Workplace Learn 2009;21 (5):431–9.
[4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. Med J Aust 2008;188(4):243–6.
[5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. Am J Med Qual 2008;23:389–95.
[6] Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
[7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. Qual Health Res 2005;15(2):256–62.
[8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol 2004;10:79–86.
[9] Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, 3e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
[10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. Br J Occup Ther 2002;65(4):175–84.
[11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
[12] Edmunds H. The Focus Group Research Handbook. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
[13] Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. Rev Prat 2004;18(645):382–4.
[14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. Adjectifs; 2010, http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr.

Annexe 2 :

Guide d'entretien.

Caractéristiques des participants, coordonnées des contacts.

Se présenter. Explication du sujet et de son choix.

Je te propose de parler d'un ressenti particulier de la consultation de médecine générale en lien avec le processus de décision médicale.
D'un côté une sensation de réassurance, le médecin a confiance en son pronostic et en sa prise en charge, sans avoir de diagnostic bien établi. De l'autre une 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. »
J'aurais pu parler d'intuition mais je ne le fais pas volontairement car c'est un mot qui est peut-être trop connoté dans l'esprit des médecins.
Les hollandais qui sont pionniers dans cette recherche utilisent plutôt le mot gut feeling c'est à dire « sensations tripales » pour parler de ce ressenti.

Avant de commencer, Insister sur la subjectivité du ressenti, l'expérience très personnelle du phénomène. Donc variabilité interpersonnelle du ressenti importante.
Rappeler qu'on ne cherche pas ici à établir de vérité ni à chercher un consensus.
On ne cherche pas de réponse au sujet, on le questionne, simplement.
Demeurer dans l'ouvert.

1 État des lieux sur la perception du phénomène au sein du groupe présent
Ressentis, formulations personnelles du phénomène, anecdotes, manifestations somatiques éventuelles.
Avec Qui ? Quand ? Comment ?

2 Quelle relation entretenez-vous avec ce ressenti ?
A priori ? Craintes ? Outil-boussole ? Indifférence ? Anxiété ?
D'autres émotions éventuellement associées

3 Ancienneté du phénomène/ du ressenti ? Chronologie dans sa carrière ?
Facteurs prédisposants de personnalité ?
Facteurs déterminants circonstanciels lors d'une consultation ?

4 Nature de la relation médecin-patient lors des consultations ayant généré un « gut feeling » ?
Relation à l'Empathie ?
Place de l'émotion dans la consultation ?

5 conséquences sur les consultations ?
Action concrète sur sa pratique ?
Enrichissement éventuel pour la pratique/ possible Facteur d'expertise ?
Remise en question personnelle et/ou de la connaissance médicale ?

6 Qu'en dire aux plus jeunes ? Que transmettre de tout ça ? Des perspectives pour progresser ?

Fin. Remarques éventuelles.

Annexe 3 :

Carnet de bord

mai 2018 :

Choix du thème *gut feeling* pour ma thèse en accord avec ma maitresse de stage. Expériences personnelles de ce *feeling* et premiers travaux de rédaction pour le RSCA.

Eté-Automne 2018 :

Difficultés à comprendre le phénomène et formuler une question de recherche. Parlons-nous d'intuition ? Premières lectures sur le thème : Descartes, Kant, Hegel, Bergson...

Novembre 2018 :

Contexte identifié de l'incertitude. Notion de risque et de perception du risque. Livre de B. Chauvin sur la perception du risque et la décision. Découverte des notions suivantes : utilité espérée, rationalité limitée, *feeling as information.*
C'est la décision qui donne tout son poids au phénomène étudié, comprendre comme décide un médecin en situation d'incertitude.
« Place du gut feeling dans la gestion de l'incertitude en médecine générale »

Décembre 2018 :

J'assiste à la thèse de type revue de la littérature de madame André. Position centrale des modèles de décision. Système 1 / 2 de Kahneman. « Troisième voie » de Stolper.

Hiver 2018 :

Intensification des recherches sur les modèles de décision. Question complexe de la rationalité. Livre sur la cognition de R. Sternberg. Outil complet sur la cognition mais difficulté à trouver la place du *gut feeling* et le système 1 / 2 de Kahneman.
Choix de repartir du terrain, des travaux de Stolper et des médecins.
Choix de la méthode qualitative par groupe focus et/ou entretiens.
« le gut feeling peut-il être perçu comme un outil pour gérer l'incertitude en médecine général »

Printemps 2019 :

Livre de Raufaste sur un modèle de décision médicale et sur le développement de l'expertise. Notion de flexibilité cognitive. Peut-être le système 3 de Stolper ?
« le gut feeling peut-il être source d'expertise en médecine générale ? »
A quoi correspond cette flexibilité au regard des deux sentiments du gut feeling ? où sont les deux systèmes de Kahneman ?
Comment définissons l'expertise ?

Eté -Automne 2019 :

Première élaboration d'une présentation du sujet pour débuter le recrutement des médecins. Non satisfait de la présentation trop complexe du sujet. Difficulté à trancher entre les mots émotions, ressentis, intuitions…
Surtout : l'expertise médicale va-t-elle parler aux médecins généralistes ?
Il semblerait que non quand j'en parle autour de moi…

Hiver 2019 :

Choix d'axer la question sur le soin. Le soin est une dimension qui parle mieux aux médecins généralistes que la notion d'expert.
« le gut feeling peut il améliorer le soin en médecine générale ? »
Le groupe focus est organisé. Le recrutement a lieu par effet boule de neige.

Printemps 2020 :

Découverte du système 3 d'O. Houdé. Gut feeling = expérience métacognitive ++
Lié aux émotions sociales. Le soin serait-il le vecteur de ses émotions dans la décision médicale ? le gut feeling serait-il le système 3 en action chez le médecin ?
Cadre théorique qui vient compléter les recherches de Stolper et mes premiers retours d'entretien.
Poursuite des entretiens. Début des analyses et de la triangulation des données.

Eté-Automne 2020 :

Analyse intéressantes et concluantes. Poursuite et fin de la rédaction.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

## R É S U M É

**Introduction :** Le *gut feeling* est une expérience de prise de conscience de sa manière de raisonner en médecine générale. On remet en question ses automatismes de pensée. On parle de flexibilité cognitive. La séquence est la suivante : douter, anticiper le regret d'un automatisme inadapté et l'inhiber si nécessaire. La relation à l'autre et les émotions morales soutiennent cette activité. Celles-ci doivent s'exprimer dans la relation soignante. Notre travail étudie la relation entre le soin et le *gut feeling*. Le *gut feeling* peut-il valoriser le soin ?

**Matériel et méthode :** Cette recherche a fait l'objet d'une étude qualitative. Un groupe focus et des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisé. Un guide d'entretien a facilité les échanges. Un double codage a été réalisé et a participé à la triangulation des données. L'interprétation a suivi le modèle de théorisation ancrée.

**Résultats** : L'analyse a établi deux éléments : d'un côté les qualités soignantes sont nécessaires à l'aptitude du *gut feeling*. De l'autre, le gut feeling permet la remise en question des automatismes et génère une réflexion positive sur soi.

**Conclusions** : D'une part le soin est l'espace nécessaire à l'expression du *gut feeling*. D'autre part la flexibilité cognitive participe d'une meilleure réflexion et d'une décision plus juste. L'expérience répétée du gut feeling soutient la réflexion à froid sur sa pratique personnelle. Le *gut feeling* concourt à la valorisation du soin.



**Mots-clés** : *gut feeling*, décision médicale, système 3 exécutif, flexibilité cognitive, soin.