



HAL
open science

Hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale : rôle des biais cognitifs

Jade Saab

► **To cite this version:**

Jade Saab. Hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale : rôle des biais cognitifs. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03188992

HAL Id: dumas-03188992

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03188992>

Submitted on 2 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N°184

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite
en médecine générale : rôle des biais cognitifs

Présentée et soutenue publiquement
le 8 Octobre 2019

Par

Jade Saab

Née le Septembre 1988 à Fontainebleau (77)

Dirigée par M. le Docteur Roland Pecheux

Jury :

M. le Professeur Christophe Delacourt, PU-PH Président

M. le Prpfeseur Pierre-Louis Druais

Mme le Docteur , Céline Buffel Du Vaure

Mme le Dr Stéphanie Sidorkiewicz

Remerciements :

Je tiens à remercier chaleureusement tous les membres du jury, dont la présence m'honore :

Au Pr Delacourt, merci de votre disponibilité et d'avoir accepté de présider ce jury.

Au Pr Druais, merci d'avoir accepté de juger ce travail et d'y porter de l'intérêt.

Au Dr Buffel du Vaure, merci de vos conseils et d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Dr Sidorkiewicz, merci de votre disponibilité et d'avoir accepté de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, Dr Roland Pêcheux, à l'initiative de cette recherche, et sans qui je n'aurais jamais vécu cette aventure de la psychologie cognitive. Ce projet riche et ambitieux m'a beaucoup apporté, tant au point de vue personnel que dans ma pratique médicale.

A tous les médecins m'ayant accordé leur temps pour participer à l'étude.

A tous les médecins ayant participé à ma formation.

A tous ceux qui s'investissent dans l'enseignement du DES de Médecine Générale de Paris-Descartes.

A Catherine Motyka, maître de stage, collègue et amie. Merci pour ton enseignement riche, et ta pratique si humaine. Je passe beaucoup de bons moments à tes côtés.

A Mirna Salloum, pour ton aide et ta bonne humeur. Merci pour la qualité de ta formation et ton dynamisme.

A mes collègues du cabinet médical, pour leur soutien et leur patience. Merci Aurélie et Léa pour vos investissements. Merci à Manon pour tes conseils.

A ma famille, sœurs et beaux-frères, pour leur soutien et leur bienveillance.

A mes parents, pour votre présence et votre soutien pendant toutes ces années. Merci de m'avoir permis de devenir médecin.

Merci Joe et Lochana de votre amour, et de rester à mes côtés en toutes circonstances.

Merci à toute ma famille ninja, de me donner du rire au cœur.

Et enfin, merci à Marion Labetoule, voisine et amie, qui a donné une dimension supplémentaire à cette étude.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
1 INTRODUCTION.....	7
2 LES BIAIS, L'INTELLIGENCE, ET LA PRISE DE DECISION.....	9
2.1. Définition d'une heuristique et d'un biais cognitif.....	9
2.2. L'irrationalité dans l'histoire.....	9
2.3. L'homme devenu rationnel ?.....	10
2.4. Heuristiques et biais.....	11
2.5. Système 1, Système 2.....	11
2.6. Qu'est-ce que l'intuition ?.....	12
2.7. Qu'est-ce que l'intelligence ?.....	14
2.8. Les émotions contrefactuelles.....	15
2.9. La prise de décision.....	16
3 MATERIEL ET METHODE.....	17
3.1. L'échantillon.....	17
3.2. Schéma de l'étude.....	17
3.2.1. Type de l'étude : qualitative, selon l'approche de la théorisation ancrée.....	17
3.2.2. Entretiens individuels et semi-directifs.....	18
3.2.3. Le guide d'entretien.....	18
3.2.4. Méthodologie des entretiens.....	19
3.3. Recueil des données.....	19
3.4. Analyse des données.....	19
3.5. Biais cognitifs.....	20
3.6. Ethique et confidentialité.....	20
4 RESULTATS.....	22
4.1. Entretien et échantillon.....	22
4.2. Analyses longitudinales.....	23
4.2.1. Analyse M1.....	24
4.2.2. Analyse M2.....	30
4.2.3. Analyse M3.....	35
4.2.4. Analyse M4.....	40
4.2.5. Analyse M5.....	46
4.2.6. Analyse M6.....	52
4.2.7. Analyse M7.....	60
4.2.8. Analyse M8.....	71
4.2.9. Analyse M9.....	81
4.2.10. Analyse M10.....	87
4.2.11. Analyse M11.....	101
4.2.12. Analyse M12.....	109

4.2.13. Analyse M13.....	116
4.3. Analyse thématique et des biais cognitifs.....	126
4.3.1. Perception de la pathologie et de la pédiatrie par les médecins généralistes.....	126
4.3.2. Connaissance de la bronchiolite et de sa prise en charge.....	127
4.3.3. Relation médecin-parents.....	129
4.3.4. Perception de la HAS par les médecins généralistes.....	130
4.3.5. Modalités de pratique des médecins interviewés.....	133
4.3.6. Analyse des biais cognitifs.....	134
4.3.6.a) Observations d'ordre général.....	134
4.3.6.b) Analyse des médecins non porteurs de biais cognitifs.....	136
4.3.6.c) Enumération des biais par ordre de fréquence décroissante.....	137
4.3.6.d) Influence des biais cognitifs dans la prise en charge de la bronchiolite.....	137
4.3.6.e) Quels biais cognitifs, dans quelles circonstances ?.....	138
<i>L'effet placebo, l'illusion de connaissance asymétrique.....</i>	<i>138</i>
<i>Le biais de conformisme.....</i>	<i>140</i>
<i>Le biais de surconfiance, loi des petits nombres et biais de l'angle mort.....</i>	<i>142</i>
<i>Illusion de contrôle et corrélations illusives.....</i>	<i>143</i>
<i>Biais de désirabilité sociale, cadrage décisionnel.....</i>	<i>145</i>
<i>Modèle d'ajustement apparent.....</i>	<i>146</i>
<i>Biais de l'angle mort.....</i>	<i>146</i>
<i>Biais de reprise de contrôle.....</i>	<i>147</i>
<i>Biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant, biais de disponibilité : des heuristiques de jugements.....</i>	<i>147</i>
<i>Heuristique de représentativité.....</i>	<i>148</i>
<i>Biais de confirmation.....</i>	<i>149</i>
<i>Pensée magique.....</i>	<i>150</i>
<i>Heuristique de simulation.....</i>	<i>151</i>
<i>Biais de croyance.....</i>	<i>151</i>
<i>Biais de soumission à l'autorité.....</i>	<i>151</i>
4.3.7. Synthèse des résultats.....	152
5 DISCUSSION.....	154
5.1. Principaux résultats.....	154
5.1.1. L'analyse confirme les idées initiales, fondatrices de l'étude.....	154
5.1.2. Les biais cognitifs ont un rôle dans l'hétérogénéité de prise en charge de la bronchiolite en médecine générale.....	154
5.1.3. Tolérance au risque face à certaines prises de décisions ?.....	154
5.1.4. Education thérapeutique, réassurance et surveillance : des critères de qualité de la prise en charge?.....	155
5.1.5. La HAS : une institution parfois contestée.....	155
5.1.6. La bronchiolite : un terrain propice aux biais cognitifs ?.....	155
5.1.7. Les biais cognitifs et leurs interventions aux différentes étapes de la prise de décision médicale.....	156
5.1.7.a) Les biais cognitifs et le recueil des informations.....	156
5.1.7.b) Les biais cognitifs du médecin et le traitement des informations.....	156
5.1.7.c) Les biais cognitifs et la relation médecin-parents.....	157

5.1.7.d) Les biais cognitifs et la prise en charge de l'enfant.....	157
5.2. Perspectives d'amélioration.....	157
5.2.1. Techniques de « debiasing ».....	157
5.2.2. Promouvoir la formation médicale continue.....	158
5.2.3. Améliorer le lien entre la HAS et les médecins généralistes.....	158
5.2.4. Valoriser la médecine générale.....	159
5.3. Validité de l'étude.....	159
5.3.1. Forces de l'étude.....	159
5.3.2. Faiblesses de l'étude.....	160
6 CONCLUSION.....	161
7 BIBLIOGRAPHIE.....	162
8 ANNEXE.....	165
8.1. Liste des biais cognitifs et définitions.....	165
8.2. Guide d'entretien.....	167
8.3 Déclaration de conformité CNIL.....	170
9 RESUME.....	171

Liste des abréviations :

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DPC : Développement Professionnel Continu

DRP : désobstruction rhino-pharyngée

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MHD : mesures hygiéno-diététiques

PMI : Protection Maternelle Infantile

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SNIR : Système national inter-régimes

1 Introduction :

La bronchiolite aiguë est une bronchopathie obstructive épidémique saisonnière du nourrisson jusqu'à l'âge de deux ans, d'origine virale. Elle est fréquemment rencontrée en médecine générale, et elle constitue chaque année un problème de santé publique. Elle se définit cliniquement par des épisodes de dyspnée sifflante, dans un contexte de fébricule. L'asthme du nourrisson, quant à lui, est défini par la récurrence d'au moins 3 épisodes de dyspnée sifflante (1).

La prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite simple est définie en 2000 par les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) de la Haute Autorité de Santé (HAS). A l'occasion de ces RBP, la HAS rappelle le mécanisme physiopathologique de la maladie (prépondérance de l'obstruction et non du spasme bronchique, compte tenu du faible développement de la musculature lisse). Elle préconise un traitement uniquement symptomatique (mesures générales liées à la désobstruction rhinopharyngée (DRP), l'hydratation et le fractionnement des repas, le proclive dorsal, aération de la pièce) attaché à une surveillance clinique, et de la kinésithérapie en cas d'encombrement bronchique ou de besoin d'une surveillance renforcée. Elle rappelle également l'importance de l'éducation des familles. Les critères de gravité cliniques nécessitant un recours aux urgences hospitalières sont étayés (1).

La rédaction de ces RBP avait été motivée par la constatation d'un manque de connaissances concernant cette pathologie, avec des ambiguïtés diagnostiques, ainsi que des disparités importantes de prise en charge dans la pratique médicale (1). L'hétérogénéité de prise en charge était remarquée depuis les années 1970 en France (2). Déjà, à cette époque, des articles encourageaient déjà une prise en charge uniquement symptomatique. Par exemple, dans un article canadien, datant de 1983 (3), l'auteur insiste sur la nécessité d'une surveillance de l'état clinique de la bronchiolite simple, accompagnée uniquement de mesures symptomatiques, telles que l'hydratation. L'ambiguïté entre l'asthme et la bronchiolite était déjà évoquée.

Une réévaluation des recommandations a été réalisée par la HAS en 2012 (4). Cette réévaluation réitérait la nécessité d'un traitement uniquement symptomatique. A l'occasion de cette réévaluation, la HAS publia par le même temps une évaluation des pratiques, réalisée en Ile de France en 2003 et en 2008, sur la prise en charge de la bronchiolite par des médecins généralistes. Les résultats concluaient d'une part à une amélioration des pratiques, puisque l'on constatait une diminution de prescription des traitements inutiles et des traitements délétères (fluidifiants et antitussifs). D'autre part, cette amélioration restait insuffisante puisque, en 2008, sur 185 cas cliniques, le taux de prescriptions médicamenteuses inutiles restait à 60%, le taux de prescriptions médicamenteuses délétères atteignait 22%, et le taux de prises en charge conformes aux RBP n'était que de 26%. L'abstention au recours hospitalier dans le cas d'une bronchiolite grave était constatée chez 10% des praticiens.

D'autres études confirment ces résultats. C'est le cas d'une étude prospective descriptive, réalisée en 2013 par Blanchereau (5), qui notait une surmédicalisation de la bronchiolite, avec une abstention au recours hospitalier dans 50% des cas de bronchiolites graves.

Ainsi, actuellement, il persiste encore des interrogations quant à la prise en charge de la bronchiolite par les médecins généralistes.

Quels sont les facteurs de résistance à l'application de ses RBP ?

Notre étude, vise à évaluer des facteurs psycho-comportementaux qui pourraient intervenir dans la décision médicale lors de la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale.

L'intervention de la psychologie cognitive n'a jamais été étudiée dans le cadre de la prise en charge de la bronchiolite. Pourtant, depuis le milieu du 20^{ème} siècle, d'éminents psychologues, comme Herbert Simon, Tversky ou Kahneman, expérimentent et mettent en évidence l'intervention de biais cognitifs dans les comportements et prises de décisions de l'être humain.

Depuis que l'influence des biais cognitifs sur le raisonnement a été prouvé, les champs d'application de la psychologie cognitive se multiplient. Tout d'abord, dans la finance et l'économie, où ces psychologues introduisent la notion de « rationalité limitée ». Puis le management, le domaine judiciaire, l'éducation, ... pour en arriver enfin au domaine médical. Les biais de raisonnements dans la décision médicale sont étudiés tout d'abord par des psychologues (par exemple Reason), puis maintenant par les médecins eux-mêmes (par exemple Dr Jerome Groopman ou Dr Norman « *The Causes of Errors in Clinical Reasoning* » (6)).

Dans ce contexte d'hétérogénéité de prise en charge de la bronchiolite, il nous semblait pertinent de s'interroger sur l'influence des biais cognitifs dans la décision médicale.

2. Les biais, l'intelligence et la prise de décision :

Ce chapitre nous a semblé nécessaire avant d'aborder l'étude proprement dite, afin de donner au lecteur les notions nécessaires à la bonne compréhension de l'analyse. Certains termes n'appartenant pas au langage médical, mais plutôt au langage psychologique, il nous a paru important de les définir.

2.1. Définition d'une heuristique et d'un biais cognitif :

Les heuristiques sont définies comme étant des procédures mentales simples et rapides qui nous permettent de faire des choix, de prendre des décisions sans réflexion intellectuelle. Ce sont nos automatismes, nos intuitions, nos illogismes. Elles peuvent entrer en compétition avec la logique, nos algorithmes, qui sont plus analytiques, plus lents, qui demandent un effort cognitif de notre cerveau (Emmanuel Petit « *L'apport de la psychologie sociale à l'analyse économique* » (7)).

Et aussi plus simplement, pour Olivier Houdé, « les heuristiques sont des stratégies mentales, très rapides, très efficaces, qui marchent très bien, très souvent, mais pas toujours » (8).

Les biais cognitifs, quant à eux, sont des erreurs systématiques de jugements, dues à l'utilisation d'heuristiques (Daniel Kahneman et Amos Tversky, « *Judgment under uncertainty* », 1974 (9)).

2.2. L'irrationalité dans l'histoire :

Les biais cognitifs ne sont pas une découverte récente. L'irrationalité de la pensée humaine avait déjà été remarquée depuis l'Antiquité.

Ainsi, dans sa « Rhétorique », en 329 avant J-C environ, Aristote décrivait déjà, sans les nommer, certaines heuristiques ou biais connus de nos jours.

Concernant, l'heuristique de représentativité par exemple, il cite la similarité avec la fréquence comme étant des bases fondées de jugement des probabilités : « Si la chose en question se produit de plus en plus souvent lorsque nous la représentons, la probabilité est particulièrement grande » (10).

Il décrit également ce que nous aurions pu nommer aujourd'hui comme effet de cadrage décisionnel ou effet de halo, qui dénote cette particularité d'appréhender de manière favorable des arguments avancés par une personne d'apparence agréable ou exprimant la confiance : « C'est le caractère moral (de l'orateur) qui amène la persuasion, quand le discours est tourné de telle façon que l'orateur inspire la confiance. Nous nous en rapportons plus volontiers et plus promptement aux hommes de bien, sur toutes les questions en général, mais, d'une manière absolue, dans les affaires embrouillées ou prêtes à l'équivoque. Il faut d'ailleurs que ce résultat soit obtenu par la force du discours, et non pas seulement par une prévention favorable à l'orateur. Il n'est pas exact de dire, comme le font quelques-uns de ceux qui ont traité de la rhétorique, - que la probité de l'orateur ne contribue en rien à produire la persuasion ; mais c'est, au contraire, au caractère moral que le discours emprunte je dirai presque sa plus grande force de

persuasion » (11).

De la même manière, Aristote décrit ce que nous appellerions le biais de conformisme (adopter le point de vue du groupe) et le biais de soumission à l'autorité (adopter le point de vue d'une personne représentant le savoir ou l'autorité) : « Un autre lieu se tire d'un jugement prononcé sur un cas identique, ou analogue, ou contraire, notamment s'il a été porté par tout le monde et en toute circonstance, ou du moins par le plus grand nombre, ou par des sages, soit tous, soit la plupart d'entre eux, ou par des gens de bien, ou encore par les juges eux-mêmes, ou par des gens dont les juges acceptent l'arbitrage, ou auxquels il n'est pas possible d'opposer un jugement contraire, tels que les patrons ; ou par ceux auxquels il ne serait pas convenable d'opposer des décisions contraires, tels que les dieux, un père, ceux qui nous ont instruits » (11).

Enfin, il nous décrit également l'heuristique de disponibilité, qui est cette faculté à se souvenir plus facilement des éléments les plus récents, ou des éléments qui ont subi un marquage médiatique : « L'information exposée dans les circonstances les plus choquantes est celle dont le public se souviendra le plus longtemps » (11).

Nous disposons d'autres écrits de philosophes qui, à travers l'histoire, décrivent les erreurs commises par l'être humain lors de ses jugements : Bacon, par exemple, dans son « *Novum organum* » (1620), Laplace dans sa « *Théorie analytique des probabilités* », en 1795. Ou le philosophe écossais David Hume, qui dans son « *Enquête sur l'entendement humain* », publiée en 1748, affirmait que le raisonnement humain se basait souvent sur des associations d'idées. Il en citait principalement trois, récurrentes : la ressemblance, la contiguïté (la relation de temps et de lieu), et la causalité (12).

2.3. L'homme devenu rationnel ? :

Au milieu du 20^{ème} siècle, certains chercheurs en psychologie comme Peterson et Beach, décrivent l'homme comme rationnel par nature, « l'homme statisticien », ou encore l'homme bayésien (raisonnement qui suit le Théorème de Bayes, théorie des probabilités). En expérimentant la pensée humaine, ils affirment que son fonctionnement est intuitivement logique. Ainsi, dans leur article publié en 1967, il est affirmé : « les résultats indiquent que les théories de probabilités et les statistiques peuvent être utilisées comme bases de modèles psychologiques, qui intègrent et représentent les performances humaines dans une large gamme de tâches inférentielles » (13).

De même, Jean Piaget, chercheur en psychologie du développement à la même époque, affirme que la pensée de l'adulte est l'aboutissement d'une maturation du cerveau et de l'intelligence. Dans la théorie piagétienne, l'accès à la logique formelle est la dernière étape d'un processus de développement, qui débute dès la naissance. Cette maturation serait le fruit d'une adaptation au réel. Ainsi, d'après Piaget, à l'âge de 11 ans, l'enfant ne peut plus se contenter d'une logique concrète, il commence à établir des hypothèses, des raisonnements hypothético-déductif (du type si...alors) pour mieux appréhender le monde. Piaget imagine la maturation du cerveau selon le modèle « en marche d'escalier ». Pour lui, le stade adulte est la dernière marche de cet escalier : la logique formelle (8).

2.4. Heuristiques et biais :

Pourtant, au début des années 1970, les expériences de plusieurs psychologues, viennent ébranler ce concept de l'homme rationnel. D'abord le psychologue et économiste Herbert Simon, qui obtint le Grand Prix de l'Association Américaine de Psychologie en 1969 et le prix Nobel d'économie en 1978. Le caractère révolutionnaire de Simon a été de reconnaître très tôt la complexité des processus de décision et d'attribuer une grande place à la dimension cognitive du raisonnement (14).

Par la suite, Daniel Kahneman et Amos Tversky construisent un modèle explicatif des erreurs constatés lors des prises de décisions. Dans leur article paru en 1974 « *Jugement dans l'incertitude : Heuristiques et biais* » (9), ils font l'hypothèse que les erreurs systématiques par rapport à la norme bayésienne (nommés « biais »), mises en évidence par leurs expériences, s'expliquent par des raccourcis mentaux, plus faciles d'accès, moins coûteux en temps et en concentration (nommés « heuristiques »). Quand le coût du calcul bayésien normatif est important, l'individu a tendance à faire appel à des exemples qui l'ont marqué ou à des aspects parlants du problème qui lui permettent de réaliser des approximations. De ce fait, la décision se fait via un arbitrage entre ces raccourcis et un calcul plus rigoureux. Dans cet article, les auteurs développent trois heuristiques : la représentativité, la disponibilité, et l'ancrage avec ajustement insuffisant. Pour chacune de ces heuristiques, ils développent plusieurs biais qui en découlent. Par exemple, pour eux, le biais de corrélations illusoire serait dû à l'heuristique de disponibilité, et le biais de la loi des petits nombres serait plutôt dû à l'heuristique de représentativité. En 2002, Daniel Kahneman reçu, sans avoir jamais étudié l'économie, le prix Nobel d'économie (15). C'est en effet dans ce domaine que les impacts de ses travaux se sont fait ressentir en premier.

2.5. Système 1, Système 2 :

En 2011, Daniel Kahneman synthétise tous ses travaux dans « un psychodrame à deux personnages », son ouvrage « *Système 1/Système 2, les deux vitesses de la pensée* » (12).

« Quand nous pensons à nous-mêmes, nous nous identifions au Système 2, le soi conscient, qui raisonne, qui a des convictions, fait des choix et décide que penser et que faire. Bien que le Système 2 croie être au cœur de l'action, c'est le Système 1 automatique qui est le héros du livre. Pour moi, le Système 1 produit sans effort les impressions et les sentiments qui sont les sources principales des convictions explicites et des choix délibérés du Système 2. Les opérations automatiques du Système 1 engendrent des enchaînements d'idées étonnamment complexes, mais seul le Système 2, plus lent, peut élaborer des pensées en une série ordonnée d'étapes. Je décris également les circonstances dans lesquelles le Système 2 prend les commandes, surmontant les impulsions et les associations en roue libre du Système 1. Je vous invite à considérer ces deux systèmes comme des agents disposant de leurs propres capacités, limites et fonctions. »

Pour l'auteur, lorsque nous sommes face à une prise de décision, notre cerveau a deux possibilités pour analyser la situation. Le Système 1, représenté comme un lièvre, est le

système d'analyse rapide, économique et intuitif. Le Système 1 utilise des approximations, soit des heuristiques, pour établir la solution la plus probable, compte tenu des arguments disponibles. Le Système 2, à son inverse, est le système rationnel, logique et analytique. A travers le Système 2, représenté comme une tortue, il n'y a pas de place pour l'approximation. Les arguments sont analysés un à un, en lumière d'une connaissance exhaustive de la situation, pour trouver la solution appropriée.

Ce Système 2 est très pertinent, mais lent, et coûteux sur le plan cognitif. Il nécessite d'abord de réaliser des efforts de réflexions... et n'est pas toujours approprié : par exemple, « le médecin qui, pour chaque nouveau cas qu'il a à traiter, partirait de zéro serait un bien mauvais médecin. Une stratégie bien plus efficace consiste à guider l'interprétation des symptômes en fonction de la fréquence d'une maladie particulière, des caractéristiques du patient, de la connaissance des maladies répandues actuellement, etc. » (16). Sélectionner des données en fonction d'attentes ou de théories préexistantes se conçoit donc tout à fait dans un certain nombre de circonstances (17).

2.6. Qu'est-ce que l'intuition ?

Daniel Kahneman pense ainsi nécessaire de distinguer deux types de pensées rapides. Le Système 1 peut être synonyme d'heuristique, mais parfois aussi d'expertise. Ainsi, « les intuitions exactes des experts s'expliquent mieux par les effets d'une pratique durable que par l'heuristique » (12). Ce serait donc grâce à l'expérience, que l'expert pourrait se permettre de ne pas avoir à élaborer tous ces processus de jugements par une réflexion approfondie. Dans son ouvrage, Kahneman illustre cette idée en racontant l'histoire vraie d'une équipe de pompiers qui était intervenue dans une maison, dont la cuisine était en feu. En pleine intervention, et sans savoir pourquoi, le commandant s'est surpris à crier : « Fichons le camp d'ici ! ». A peine les pompiers dehors, le plancher de la maison s'est effondré. C'est seulement après coup, que le commandant avait pu analyser sa réaction. Le feu avait été inhabituellement silencieux, et il avait eu curieusement chaud aux oreilles. Ces deux impressions conjuguées avaient déclenché chez lui « un sixième sens du danger ». Il n'avait aucune idée de ce qui n'allait pas, mais il savait que quelque chose n'allait effectivement pas. Il s'avéra que le foyer central du sinistre ne se trouvait pas dans la cuisine, mais à la cave, sous les pieds des pompiers.

Ce « sixième sens du danger », décrit par ce pompier, n'est pas sans rappeler le terme récemment mis en scène du « gut feelings » en médecine générale (18).

Le concept de gut feelings, ou autrement dit « les sensations tripales », est validé en France depuis 2011 (19).

Des études menées sur des médecins généralistes ont mis en évidence l'importance du concept de l'intuition au cours de la pratique. De ce fait, nombreux sont les médecins qui, face à des problèmes cliniques mal définis, font intervenir leurs « flairs » pour régir la situation. La sensation « d'alarme » ou de danger est mise en éveil lorsque « quelque chose cloche ». Il y a une non-concordance entre les plaintes du patient et les observations cliniques. Cette sensation que quelque chose ne va pas, va pousser le médecin à investiguer,

même en l'absence d'éléments objectifs apparents, pour prévenir la survenue de problèmes de santé graves chez le patient.

A l'inverse, le sentiment de réassurance est cette sensation qu'il n'y a pas besoin d'investiguer : « tout colle ». Ainsi, dans cette situation, le médecin n'est pas inquiet pour sa prise en charge, bien qu'il n'ait pas tous les critères requis sous-tendant son raisonnement.

Il semble donc que le Système 1 intervienne lors d'un certain niveau d'expertise, sous forme d'intuition. Celle-ci est en rapport avec l'expérience accumulée de la personne. La situation l'interpellerait quand elle n'est pas « comme d'habitude ».

Mais l'intuition d'un expert est-elle toujours bonne ? Kahneman y pose tout de même une limite : « Malheureusement, les intuitions des professionnels ne relèvent pas toutes d'une véritable expertise » (12). Ainsi, ceux qui penseraient que l'intuition relève du magique ou du hasard seraient dans l'erreur. L'intuition de l'expert repose tout de même sur des éléments objectifs. Pour le commandant pompier, son sens de l'alerte s'est éveillé car le feu était silencieux et que « ses oreilles chauffaient ». Pour le médecin généraliste, ce sens de l'alerte va s'éveiller parce qu'il y a une discordance entre les plaintes du patient et son examen clinique (par exemple le patient présente une asthénie importante alors que son examen clinique est parfait). Kahneman illustre à nouveau ses propos en racontant l'histoire d'un responsable d'un grand cabinet financier, qui un jour décida d'investir des dizaines de millions de dollars dans les actions de Ford. A la question de savoir comment il avait pris cette décision, il répondit qu'il s'était récemment rendu au salon de l'automobile et qu'il avait été impressionné : « C'est sûr ils savent faire des voitures ! ». Il n'a pas caché qu'il en avait l'intime conviction, et qu'il était satisfait de lui-même et de sa décision. Par contre, cet expert financier ne s'était pas posé la seule question qui lui aurait été utile, à savoir : « l'action de Ford est-elle actuellement sous-évaluée ? ». Au lieu de cela, il a fait confiance à son intuition (Système 1 version heuristique). Il aimait cette voiture, cette entreprise et l'idée d'en détenir des actions. Il ne s'agissait pas d'une intuition d'expert, mais bien d'une intuition heuristique, liée à l'affect.

Ainsi, l'intuition de l'expert s'appuie sur des éléments objectifs, mêmes s'ils sont minimes et difficiles à préciser sur le moment.

Le sens d'alarme décrit plus haut, cette intuition que quelque chose ne va pas, représenterait en fait le moment où l'expert, devant une situation particulière, va basculer d'un raisonnement intuitif Système 1, au raisonnement analytique Système 2. Kahneman nous répond à ce propos : « Le Système 1 émet constamment des suggestions pour le Système 2 : des impressions, des intuitions et des sentiments. Si elles sont approuvées par le Système 2, les impressions et les intuitions se transforment en convictions, et les impulsions en actions délibérées. Quand tout se passe bien, le Système 2 adopte les suggestions du Système 1 avec peu de modifications ou presque (...). Quand le Système 1 se heurte à des difficultés, il fait appel au Système 2 pour se livrer à une gestion plus détaillée et adaptée qui peut résoudre le problème du moment. Le Système 2 est mobilisé quand une question se pose à laquelle le Système 1 n'a pas de réponses » (12).

2.7. Qu'est-ce que l'intelligence ? :

L'intelligence est-elle uniquement le reflet des aptitudes cognitives d'un individu ?

En 1972, le chercheur psychologue Walter Mischel, étudia à travers sa célèbre expérience du « Marshmallow », la relation existante entre la capacité de contrôle de soi et l'intelligence. L'expérience, menée sur des enfants âgés d'environ quatre ans, consistait à installer l'enfant dans une pièce vide, pourvue uniquement d'une chaise et d'une table, sur laquelle était posée une confiserie. Il était proposé à l'enfant deux options ; soit il pouvait manger immédiatement la confiserie qui était devant lui et partir. Soit il pouvait recevoir deux confiseries, mais pour cela, il devait réussir à patienter seul, vingt minutes, assis sur cette chaise et face à la première confiserie, sans la manger. L'enfant pouvait interrompre l'expérience à n'importe quel moment (20).

Les résultats de cette étude ont mis en évidence une grande corrélation entre la capacité de ses enfants à s'être contrôlés face à cette tentation, et la capacité d'un meilleur contrôle exécutif dans les tâches cognitives à l'âge adulte. Une nette différence s'est faite jour également dans l'aptitude intellectuelle : les enfants qui avaient manifesté davantage de contrôle de soi à quatre ans, réussissaient clairement mieux lors des tests d'intelligence (21).

Pour Keith Stanovich, Professeur en psychologie, il y aurait deux parties distinctes dans le Système 2. Il décrit son hypothèse dans son ouvrage publié en 2011, « *Rationality and the Reflective Mind* ». Nous trouvons d'une part dans le Système 2, ce que l'on nomme intelligence, ou la capacité à réaliser de la « gymnastique cérébrale », des raisonnements complexes et algorithmiques. Et d'autre part, ce qu'il appelle la rationalité, c'est-à-dire l'esprit réflexif. C'est la capacité de l'individu à rester vigilant lors de ses analyses, pour éviter les erreurs de jugements. Elle va à l'encontre d'une réflexion superficielle ou paresseuse. Ainsi, une grande intelligence cognitive n'immuniserait pas contre les biais cognitifs (12).

« *L'intelligence humaine n'est pas un algorithme* » (8).

Tel est le titre du nouvel ouvrage publié en Avril 2019 par Olivier Houdé, Professeur en psychologie à Paris 5 René Descartes et directeur du Laboratoire LaPsyDE (Psychologie du Développement et de l'Education de l'enfant) au CNRS.

Mais pourquoi ce titre ?

Le mot algorithme fait référence, selon Gérard Berry, titulaire de la chaire Algorithmes, machines et langages au Collège de France, à « une organisation mécanisable d'opérations élémentaires pour réaliser une tâche donnée » (8). Elle reflète donc l'utilisation du Système 2. On retrouve l'utilisation d'algorithmes symboliques dans de grandes civilisations anciennes, tels que l'Egypte ou la Mésopotamie, il y a 5000 ans. Il faudra cependant attendre le 12^{ème} siècle afin que naisse à proprement parler le terme « algorithme », qui est issu du nom du grand mathématicien perse Al-Khwarizmi, et de son ouvrage « L'algèbre et

le Calcul indien ». Aujourd'hui, l'algorithme est la base du développement de l'intelligence artificielle (8).

Selon Olivier Houdé, le raisonnement algorithmique n'est pas le seul déterminant de l'intelligence. Il n'est pas suffisant à l'établissement d'un processus logique, car bien souvent, comme déjà affirmé par Daniel Kahneman et Amos Tversky, il est dépassé par le Système 1.

Ainsi, dans la même lignée que Walter Mischel et de Keith Stanovich, Olivier Houdé fait reposer la définition de l'intelligence sur la capacité de l'individu à « inhiber » les circuits-courts des heuristiques approximatives. Lorsque celles-ci ne fonctionnent pas, un arbitre est nécessaire pour activer le circuit long des algorithmes logiques exacts. Cet arbitre, il le nomme Système 3.

Le Système 3 est, pour Olivier Houde, la clé de l'intelligence humaine.

Olivier Houde a poussé plus loin ses expérimentations. Il a par la suite réussi à mettre en évidence les différentes zones d'activation du cerveau en fonction des différents processus de raisonnements. Son expérience consistait à faire pratiquer des IRM fonctionnelles à des individus, avant puis après des exercices d'apprentissage à « l'inhibition ». Chez les individus non entraînés au Système 3, ayant recours à des heuristiques pour résoudre les tests, les zones activées se situaient au niveau postérieur du cerveau. Après entraînement à l'inhibition, il note une reconfiguration des réseaux cérébraux dans la partie antérieure, au niveau du cortex préfrontal. Cette capacité de plasticité cérébrale est nommée vicariance.

2.8. Les émotions contrefactuelles :

Les émotions contrefactuelles sont issues de la comparaison entre ce qui est arrivé et ce qui aurait pu arriver si une autre décision avait été prise (22).

Ces émotions envisagent une situation qui n'est pas réalisée et en tire les conséquences dans le monde ainsi transformé. Ainsi, le regret, par exemple, est une émotion contrefactuelle à valence négative. Éprouver du regret, c'est reconnaître en effet que la décision que l'on a prise initialement était erronée. Regretter les conséquences d'une action nous aide à ne pas réitérer l'expérience.

Ces émotions ont donc une influence sur la modification de comportement des individus. Ainsi, elles renforcent le Système 3 et aide à l'inhibition d'heuristiques avant que celles-ci ne soient appliquées.

Pour Olivier Houdé, le doute, la curiosité et le regret, sont trois émotions contrefactuelles importantes pour éveiller le Système 3. Ces émotions s'opposent aux émotions trompeuses initiées par une pensée trop intuitive et rapide du Système 1 (comme « j'aime » ou « je déteste ») (8). Ainsi, douter de soi, ou regretter une réponse erronée, sont des comportements qui permettent de renforcer l'esprit critique.

Et comme le disait Aristote : « Le doute est le commencement de la sagesse ». (Éthique à Eudème, - IV^e s. av. J.-C.).

2.9. La prise de décision :

D'après Philippe Allain (23), la prise de décision correspond au fait d'effectuer un choix entre plusieurs modalités d'actions possibles lors de la confrontation à un problème, le but étant de le résoudre en traduisant le choix fait en un comportement (en une séquence d'action). Elle implique un certain nombre d'opérations distinctes : la définition de l'objet (ce sur quoi porte la réflexion et portera la décision ; dans le cas d'une décision médicale, l'objet portera sur le traitement de la pathologie), la recherche, l'analyse et l'organisation des informations utiles (interrogatoire, examen clinique), l'élaboration et l'évaluation d'hypothèses de décisions en prenant en particulier appui sur des connaissances et des expériences antérieures (appui sur des référentiels connus ou sur des expériences de pratiques), le choix d'une hypothèse de décision et sa mise en œuvre.

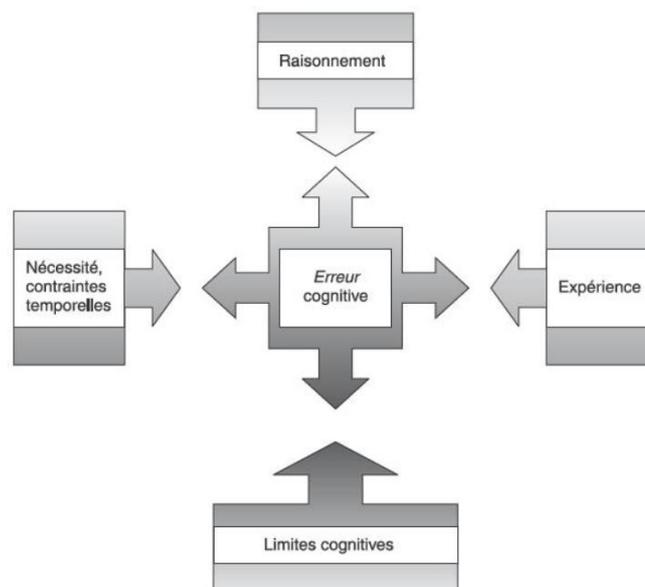
Comme vu ci-dessus, le risque que des heuristiques se glissent aux différents stades de la prise de décision est possible.

Dans le cadre d'une consultation médicale, il faudra rajouter certains paramètres spécifiques, à prendre en compte dans la prise de décision.

Ainsi, la présence du patient, concerné par cette prise en charge, est un paramètre important. En effet, la prise de décision concerne la santé d'un être humain, et implique une relation interhumaine.

Dans le cadre d'une consultation pédiatrique, il faudra rajouter un deuxième paramètre : la présence des parents, et donc la gestion d'une deuxième relation interhumaine.

Ainsi, lors d'une prise de décision médicale, notamment en situation pédiatrique, le médecin doit pouvoir gérer une multitude de facteurs, parfois complexes, et ce, dans un temps limité par le cadre de la consultation.



Modèle de Gérald Bronner, des facteurs de gestion d'une prise de décision, de manière générale (24).

3. Matériels et Méthodes :

3.1. L'échantillon :

La population étudiée concerne des médecins généralistes installés dans le département de l'Essonne (91). L'unité géographique a été restreinte pour des raisons de faisabilité.

La recherche des médecins a été effectuée dans les Pages Jaunes. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone, de façon aléatoire, en tentant de respecter la parité hommes/femmes et la diversité du lieu d'exercice (rural/urbain).

Lors de l'entretien téléphonique, l'objectif exact de la thèse, et notamment le sujet de la bronchiolite, n'était pas précisé, afin de ne pas influencer le discours le jour de l'entretien. En cas de questionnement du médecin sur le sujet de la rencontre, la réponse d'une étude sur la gestion des épidémies hivernales en médecine générale a été donnée.

Les rendez-vous étaient ensuite fixés selon les disponibilités des médecins. Ceux-ci ont, spontanément, tous choisi d'être interviewés à leur cabinet. Cela a permis de les rencontrer dans leur environnement professionnel habituel.

Le temps approximatif de la durée de l'entretien, annoncé au médecin par téléphone, était « d'au moins 30 minutes », selon sa disponibilité.

La taille de l'échantillon a été définie selon le principe de saturation théorique. Lorsque les différents entretiens n'apportaient plus de nouveaux éléments, l'enquête a pris fin.

3.2. Schéma de l'étude :

3.2.1. Type de l'étude : qualitative, selon l'approche de la théorisation ancrée.

La méthode qualitative permet d'étudier des aspects complexes de la psychologie humaine, et de mettre en lumière des données subjectives qui n'auraient pas été trouvées par l'utilisation d'un questionnaire lors d'une analyse quantitative (25).

Elle est particulièrement adaptée à la recherche en soins primaires et offre un cadre adapté aux questions que se posent les chercheurs de médecine générale (26).

Elle est également adaptée aux questions traitant des conduites et préférences individuelles, ainsi que des sujets confidentiels.

L'objectif était de recueillir les données psychologiques et comportementalistes au cours du processus de prise de décisions. Le but n'était pas de quantifier mais d'identifier d'éventuels biais cognitifs dans le raisonnement des médecins généralistes interviewés. Dans cette situation, la méthode de recherche qualitative a semblé la plus adaptée.

Le concept méthodologique de théorisation ancrée correspondait le mieux aux besoins de l'étude. Cette méthode spécifique inductive, développée par Glaser et Strauss en 1967, propose de construire la théorie à partir des données recueillies au cours des entretiens.

Le codage est ouvert, toujours centré par la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données (27).

3.2.2. Entretiens individuels et semi-directifs :

La méthode de recueil des données a été choisie dans un souci de respect de l'intimité et des propos du médecin interrogé. Pour se faire, les entretiens individuels nous ont semblé être plus appropriés pour mettre les médecins en confiance (28).

Le choix de mener des entretiens semi-dirigés été pris devant deux arguments. D'une part, laisser la libre parole au médecin permet de nouer la conversation plus facilement, et donne une atmosphère propice au partage d'avis et d'expérience. D'autre part, pour permettre à l'enquêteur de pouvoir obtenir des informations utiles à l'identification potentielle de biais cognitifs, il était nécessaire de mener le praticien à s'exprimer sur des sujets particuliers. Notamment, il était important qu'il s'exprime sur les différentes raisons qui l'amenaient à prescrire ou ne pas prescrire des thérapeutiques, de prendre ou de ne pas prendre certaines décisions (hospitalisation par exemple). Il était également important que le médecin fasse un effort de mobilisation en mémoire, pour pouvoir justifier, dans la mesure du possible, les sources qui lui permettaient de justifier sa prise en charge. Ces sujets n'auraient pas pu être abordés spontanément. Ainsi un guide d'entretien, en vue d'un entretien semi-directif, était nécessaire (28).

3.2.3. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien était principalement réalisé à l'aide de questions ouvertes ou de thèmes à aborder. Les différents sujets étaient évoqués de manière flexible au cours de l'entretien, ce qui permettait au médecin de structurer et de hiérarchiser lui-même ses idées. La manière et l'ordre dont étaient spontanément précisées les idées constituaient en soi un indice à l'analyse.

L'entretien débutait déjà par une présentation du médecin par lui-même, aidé si nécessaire des relances de questions présentes dans la grille d'échantillonnage.

Une fois cette introduction réalisée, l'entrée en matière se faisait par la question : « Pouvez-vous me raconter votre prise en charge de la bronchiolite ? ». Si le praticien se trouvait en difficulté devant cette question, plutôt vaste, des relances étaient effectuées afin de l'aider à préciser les différentes parties pratiques de sa prise en charge.

À l'issue de cette première partie, le guide d'entretien s'orientait vers un deuxième type de questions, visant plus spécifiquement à évaluer la présence ou non de biais cognitifs.

L'objet exact de l'étude, à savoir l'évaluation des biais cognitifs dans la prise en charge de la bronchiolite, n'était pas dévoilé durant l'entretien, mais éventuellement à l'issue de celui-ci.

Le guide d'entretien a été modifié plusieurs fois au cours des premiers entretiens. Cela a permis de réajuster les questions, pour que les informations qui en découlent soient plus pertinentes. Le guide d'entretien final est inséré en Annexe p. 167.

3.2.4. Méthodologie des entretiens :

Les véritables entretiens se sont déroulés du 23/02/2018 au 04/04/2019.

Avant de les débiter, des entretiens « tests » ont été réalisés avec deux médecins en amont de l'étude. Cela a permis d'une part de tester la pertinence du guide d'entretien, et d'autre part de permettre à l'enquêteur d'expérimenter son rôle.

Si le temps estimé de 30 à 40 minutes par entretien était donné en amont de la rencontre, une certaine laxité était tolérée selon la volonté et la disponibilité des médecins. Ainsi, selon que le médecin était disposé au recueil d'informations ou non, et selon la vitesse à laquelle le guide d'entretien était évoqué, l'entretien pouvait être maintenu ou stoppé. On remarque donc une grande variabilité concernant la durée des entretiens, allant de moins de 5 minutes à 70 minutes, avec une moyenne à 30 minutes.

La variation maximale a été recherchée au début de l'entretien, à l'aide d'un questionnaire, retraçant l'identité et le parcours du praticien : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le mode d'exercice, les formations initiales ou plus tardives, les formations continues, la pratique d'autres activités médicales ou paramédicales en parallèle, et leur rapport à la pédiatrie. Les médecins rencontrés étaient tous dans des structures libérales.

3.3. Recueil des données :

Les recueils de données étaient réalisés après accord des médecins interrogés, et enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Puis les entretiens étaient retranscrits intégralement, langage verbal et non verbal compris, le jour même ou le lendemain, en fichier Microsoft Office Word®, par l'enquêteur.

Des techniques communicationnelles ont été utilisées pour les relances. Ainsi, la reformulation ou le silence, ainsi que les formules facilitantes et d'incitations verbales (« oui, oui », « hum », « c'est sûr » ...) et non verbales (hochement de tête, sourire...) étaient utilisées tout le long de l'entretien. Cela encourageait le médecin interviewé à poursuivre sa réflexion et à balayer tout le guide d'entretien (28). Lors de la retranscription des entretiens, les citations des médecins suivent la lettre M, et celles de l'enquêteur la lettre E.

3.4. Analyse des données :

L'analyse des entretiens a été réalisée manuellement.

Pour assurer une triangulation des données, le codage a été soumis à une deuxième lecture, par une personne compétente à la réalisation et à l'analyse des études qualitatives, mais n'appartenant pas au corps médical. Premièrement, cela apportait un regard partial sur les entretiens, la personne n'ayant aucun parti pris sur la manière dont il faut traiter une bronchiolite. Cela apportait également un regard expérimenté sur leurs analyses. Le tout ayant bénéficié d'une troisième lecture, celle du directeur de thèse.

Chaque entretien a été analysé individuellement par chacun d'entre nous.

Puis les entretiens ont été analysés de manière transversale, à l'aide d'une grille d'analyse récapitulative, qui permettait d'observer les récurrences de thèmes et la diversité des résultats.

Les biais cognitifs retrouvés ont eux-mêmes été analysés de manière individuelle, puis transversale. Cela permettait de mettre en évidence les critères d'échantillonnage et de jugements auxquels ils pouvaient être liés. Cela a permis également d'évaluer les potentielles interactions entre les biais.

Ces analyses ont été réalisées grâce à des grilles sur le logiciel Excel®, non incluses dans la version finale de l'étude, en raison de leur manque de lisibilité.

Il a été nécessaire pour l'analyse d'évaluer les connaissances des médecins interrogés. Pour juger de leurs connaissances, trois critères ont été utilisés, dont la définition de la bronchiolite, la prise en charge de la bronchiolite, et les recommandations de la bronchiolite.

A noter que la prise en charge était jugée comme correcte lorsqu'elle ne comportait pas de traitements médicamenteux et lorsque le recours hospitalier était préconisé en présence de signes de gravité.

3.5. Les biais cognitifs :

Il n'existe pas à proprement parler de répertoire officiel des biais cognitifs. Les sources sont multiples, les auteurs développent chacun les secteurs qui éveillent leurs intérêts. On peut toutefois noter une trame commune autour des écrits de Daniel Kahneman et Amos Tversky. Les heuristiques d'ancrage, de disponibilité et de représentativité représentent un socle dans ce domaine. Le livre de Rüdiger Pohl, « *Cognitive Illusions* », *A Psychology Press Book*, 2^{ème} édition 2016, a également servi de référence. Il propose un classement de 24 biais cognitifs, en expliquant leurs fondements, et les expériences qui les ont mis en évidence. D'autres biais cognitifs ont fait l'objet de recherches spécifiques, lorsqu'ils n'étaient pas retrouvés dans une de ces références.

3.6. Éthique et confidentialité :

Aucune donnée nominative n'a été saisie. Les lieux d'exercice des médecins généralistes ont également été anonymisés.

Un dossier de déclaration de conformité a été déposé à la Commission Nationale de

l'Informatique et des Libertés (CNIL), conformément à la référence MR4, « Etudes et évaluation dans le domaine de la santé », sous le numéro de référence 2214085 v 0 (Annexe p. 170).

4. Résultats :

4.1. Entretien et échantillon :

Les entretiens ont été réalisés auprès de treize médecins généralistes : six hommes et sept femmes. Ils avaient entre 34 ans à 67 ans, soit un âge moyen de 51 ans.

Les entretiens ont été menés dans des zones démographiques variées, rurale, semi rurale, semi urbaine, urbaine de faible à forte densité de population. Dans les analyses longitudinales qui suivent sont exposées les différentes caractéristiques de chaque praticien : mode d'exercice, année d'installation, parcours universitaire, formations spécifiques, présence ou non d'activités professionnelles en parallèle, formation continue, et le rapport à la pédiatrie.

4.2. Analyses longitudinales.

Le lecteur trouvera en Annexe la liste des 21 biais cognitifs identifiés dans les entretiens qui suivent, avec pour chacun une définition concise, afin de l'aider dans la compréhension de l'analyse.

4.2.1. Analyse M1 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Homme de 61 ans, installé dans une zone semi-urbaine, seul, en secteur 2.

Exerce depuis 1985.

Pas de formations initiales particulières.

Autres activités :

- Médecin Pilote du réseau PSOF (Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien), association agréée par l'ARS, à destination du suivi des nouveau-nés à risque ou prématurés.
- Médecin régulateur au Centre 15.

Formation continue : ne suit pas de formation continue, par manque de temps.

Aime beaucoup la pédiatrie, qu'il estime représenter plus de 30% de sa patientèle. Autre domaine de prédilection : gynécologie.

- Abord de l'entretien :

Plutôt réticent et inquiet à l'idée d'un entretien.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : semble bien connue, mais finalement signes cliniques peu étayés. (« C'est la première chose à ... euh, les bébés qui arrivent avec euh de la toux, avec une gêne respiratoire » ; « Oui au diagnostic et effectivement après on va pas revenir peut-être sur tous les signes, le, le tirage, les bruits euh, enfin le weezhing, (rires) fin bon ça va être un peu fastidieux. »)

Diagnostic différentiel : aucune ambiguïté diagnostique (« c'est sûr que si l'on commence à avoir un enfant qui a fait quatre bronchiolites, je pense qu'il faut se poser des questions effectivement sur un asthme du nourrisson » ; « on s'aperçoit que les enfants qui arrivent pour gêne respiratoire, et toux, n'ont que des rhinopharyngites »).

Prise en charge : assez conforme aux RBP en ce qui concerne la prise en charge symptomatique. Pratique de manière fréquente des « test » à la Ventoline.

MHD : DRP (« désinfection rhinopharyngée »), arrêt tabagisme passif, « température de la pièce », « fractionnement des repas ».

Surveillance : « je demande aux parents de surveiller, je leur explique comment on regarde, comment on peut évaluer la gêne respiratoire, donc avec effectivement les difficultés d'alimentation, mettre la main sur le thorax et puis regarder si vraiment le bébé a une

respiration plus rapide, s'il creuse, etc. » ; « J'essaie de leur montrer un peu comment ils peuvent surveiller leur bébé »).

- Traitement médicamenteux ?: Oui.

Recours intermittent aux bêta 2 mimétiques: pratique des « tests » à la Ventoline dans son cabinet, qu'il prescrit au cas par cas, en cas de constatation d'une amélioration au cours de la consultation. Pratique ce test quel que soit l'âge du nourrisson.

(« Après j'avouerais que sur un bébé que je vois qui, qui est pas très gêné, qui... s'alimente correctement et qui des signes quand même un peu de frein respiratoire, j'essaye toujours au cabinet de faire test avec de la Ventoline... Hein, avec une chambre d'inhalation et de la Ventoline, et puis de voir ce qui se passe. Bon, s'il se passe pas grand-chose, si l'état n'est pas très modifié, je vais peut-être pas partir sur ce traitement-là. E: D'accord. M1: Mais si, très souvent, moi même dans les bronchiolites on s'aperçoit que la, l'administration de bronchodilatateurs est assez spectaculaire, et à ce moment-là ils ressortent avec leur prescription... E: Ok. M1: ... de Ventoline, euh et de désinfection rhinopharyngée, et puis c'est tout »).

- Place de la kinésithérapie :

Ne prescrit jamais de kinésithérapie, qu'il a éradiqué de lui-même depuis de nombreuses années. Est convaincu de son inefficacité et de ses dangers potentiels. Débute l'entretien directement avec ce sujet et reste assez focalisé dessus durant la conversation (*« Et ça m'intéresse un peu, (rires), le sujet d'une bronchiolite parce que... E: (rires) ça tombe bien. M1: (rires) parce que je suis un peu perplexe sur la prise en charge que je vois, parce que moi ça fait de très nombreuses années où je me posais la question de la kiné respiratoire dans la bronchiolite, parce que je trouvais pas ça très efficace, et pas très agréable pour l'enfant » ; « on ne conseillait plus de faire systématiquement de la kinésithérapie », « la France était le seul pays au monde à faire de la kiné respiratoire dans la bronchiolite » ; « Ca peut être iatrogène, on a vu des fractures de côtes, des choses comme ça, des pneumothorax »).*

- Evaluation et Gestion de la Gravité : semble avoir une bonne évaluation clinique, peu étayée cependant (*« bon bah après bon bah, si d'emblée, si ça me paraît inquiétant, les bronchiolites sévères, ils sont, elles vont aux urgences » ; « regarder si vraiment le bébé a une respiration plus rapide, s'il creuse, etc. »).* Peut-être une tendance de « Tolérance au risque » ? (pas d'envoi systématique aux urgences en cas de bronchiolite chez un nourrisson de 1 mois ?).

- Examens complémentaires ? : Radio de thorax en cas de suspicion de pneumopathie.

- Autres catégories abordées :

Référentiels et sources d'information : question non abordée directement, ni par l'enquêteur ni par le médecin. Semble se référer à des articles scientifiques (plutôt étrangers que français). Se réfère également à des topos réalisés en milieu hospitalier.

Recommandations HAS de la bronchiolite : question non abordée directement, ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Gestion de l'inquiétude en informant et en expliquant.

Explications sur les symptômes et consignes de surveillance, « Implication » dans la prise en charge (« en leur expliquant », « en établissant le degré de gravité de la bronchiolite », « en les impliquant dans la surveillance », « je demande aux parents de surveiller, je leur explique comment on regarde, comment on peut évaluer la gêne respiratoire, donc avec effectivement les difficultés d'alimentation, mettre la main sur le thorax et puis regarder si vraiment le bébé a une respiration plus rapide, s'il creuse, etc... » ; « J'essaie de leur montrer un peu comment ils peuvent surveiller leur bébé »)

Angoisse parentale : évoquée indirectement (« Alors après, de leur faire faire de la Ventoline, qui est peut-être pas utile dans tous les cas non plus, ça va peut-être les rassurer aussi je sais pas »).

Angoisse du médecin : pas évoquée du tout.

Notion d'intuition : notion pas abordée ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Evolution de sa pratique avec le temps : notion pas abordée ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : intéressé, notamment en ce qui concerne le sujet de la kinésithérapie dans cette pathologie.

Avis sur la HAS (recueilli à posteriori de l'entretien, par rappel téléphonique) : avis mitigé, selon les RBP en question. Certaines RBP sont très pertinentes et applicables au terrain de la médecine générale (donne l'exemple des RBP concernant les indications d'antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes). D'autres RBP sont plus contestables, au point de vue de leur pertinence théorique et/ou de leur applicabilité au champ de la médecine générale (donne l'exemple des RBP sur les dyslipidémies).

- Particularités de codage de cet entretien:

Hétérogénéité et flou des consensus : évoque la divergence des avis médicaux et paramédicaux concernant l'indication de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite. Les kinésithérapeutes auraient eux-mêmes des avis disparates, certains refusant de la pratiquer (« on a des kinés de plus en plus qui ne sont pas d'accord pour faire de la kinésithérapie respiratoire », « mêmes les hospitaliers ont fait des topos » ; « la France était

le seul pays au monde à faire de la kiné respiratoire dans les bronchiolites, et que tous les autres pays en particulier anglo-saxons, ils n'en faisaient pas... »).

Perception des autres médecins : tendance à plusieurs reprises à critiquer négativement ses confrères (généralistes, pédiatres ou urgentistes pédiatres). Semble identifier sa prise en charge comme étant de référence (*« J'avoue que cette année en particulier, je vois systématiquement mes confrères généralistes ou pédiatres prescrire de la kiné respiratoire, et que même les enfants sortent des urgences avec des prescriptions de kiné respiratoire »*; *« encore et pis de voire tous les autres, euh, enfin tous mes confrères, pratiquement tous, là j'ai un remplaçant, je n'arrive pas à lui faire entendre que, que il faut, que c'est peut-être pas forcément utile de prescrire de la kiné respiratoire »*; *« je suis assez perplexe sur la prise en charge que je vois »*).

c) Les biais:

Loi des petits nombres:

A propos de ses Test à la Ventoline, réalise des expérimentations à petite échelle (sur ses patients), qui l'amènent à en déduire que les béta 2 mimétiques de courte durée d'action sont souvent indiqués dans la bronchiolite simple, même chez les plus petits nourrissons. (*« Après j'avouerais que sur un bébé que je vois qui, qui est pas très gêné, qui... s'alimente correctement et qui a des signes quand même un peu de frein respiratoire, j'essaye toujours au cabinet de faire un test avec de la Ventoline »*; *« très souvent, moi même dans les bronchiolites, on s'aperçoit que la, l'administration de bronchodilatateurs est assez spectaculaire, et à ce moment-là ils ressortent avec leur prescription »*; *« c'est vrai qu'en théorie on dit que ça ne devrait pas fonctionner très petit, je crois, je ne sais plus ce qu'on disait à ce moment, on disait que avant 6 mois, 9 mois, ça marchait pas... Pas de récepteurs béta2 sur les bronches. Ah je suis désolé mais quand on essaye parfois même chez les enfants très jeunes, ça peut être très très bien fonctionner »*; *« Bon après c'est empirique bien sûr »*).

Modèle d'ajustement apparent :

Le fait de ne pas avoir observé de retour négatif constitue pour lui une preuve suffisante du bien-fondé de sa prise en charge (*« Je n'ai cette année prescrit aucune séance de kiné respiratoire »*; *« Je n'ai pas l'impression d'avoir plus eu de problèmes que les autres »*; *« Au niveau de mes résultats, enfin, les hospitalisations, les enfants s'en sont apparemment bien portés »*). Les termes « avoir l'impression » et « apparemment » soulignent le caractère subjectif de cette affirmation.

Biais de surconfiance :

Justifie par moment sa prise en charge sur ses propres convictions, et non sur des recommandations (*« Contrairement à l'asthme où on peut être amené à prescrire plus facilement une corticothérapie, dans les bronchiolites je ne suis pas très convaincu (silence, petit rire) »*). M1 semble se positionner en tant que « sachant » et référence dans le

domaine. Il semble aussi suggérer que ses collègues devraient suivre sa prise en charge. Ces constations convergent vers un biais de surconfiance.

Biais de l'angle mort, et de surconfiance:

M1 semble avoir moins de difficultés à critiquer la prise en charge des confrères que la sienne. Notamment, il semble avoir tendance à modérer ses propos quand il s'agit de justifier sa prescription de Ventoline, modération qu'il n'a pas quand il s'agit de la prescription de kinésithérapie chez les confrères. Son discours laisse suggérer qu'il serait détenteur de la bonne manière de faire, qu'il serait l'exemple à suivre (*« Mais je pense que de donner de la Ventoline, c'est moins euh agressif que de faire de la kiné respiratoire »*) (Certaine contradiction avec le discours tenu par ailleurs dans l'entretien sur le *« courage à avoir »* de ne rien prescrire); *« encore et pis de voire tous les autres, euh, enfin tous mes confrères, pratiquement tous, là j'ai un remplaçant, je n'arrive pas à lui faire entendre que, que il faut, que c'est peut-être pas forcément utile de prescrire de la kiné respiratoire »* ; *« je suis assez perplexe sur la prise en charge que je vois »*).

Effet placebo :

M1 tient à justifier de manière pragmatique et scientifique ses prescriptions, quitte à tenir des expériences au cabinet. Cependant, vers la fin de l'entretien, semble avoir une ébauche d'autocritique quant à sa prescription de Ventoline. S'interroge notamment sur la possible intervention d'un effet placebo (*« Alors après, de leur faire faire de la Ventoline, qui est peut-être pas utile dans tous les cas non plus, ça va peut-être les rassurer aussi je sais pas »*).

Récapitulatif M1 :

M1 est un médecin âgé de 61 ans. Il a toujours exercé seul. Dans le champ de la médecine générale, il aime surtout la pédiatrie. D'ailleurs, la pédiatrie représenterait plus du tiers de sa patientèle.

M1 est médecin pilote dans un réseau de suivi des prématurés, ce qui lui donne une compétence particulière en pédiatrie.

M1 est intéressé de prime abord par le sujet de la bronchiolite. Notamment en ce qui concerne le sujet de la kinésithérapie respiratoire et de sa controverse actuelle, débat qui l'anime beaucoup.

M1 semble plutôt documenté sur le sujet de la bronchiolite. M1 semble suivre l'évolution de la prise en charge de la bronchiolite au cours du temps. Il mentionne spontanément l'évolution des pratiques concernant la kinésithérapie respiratoire par exemple. Il suit également l'évolution des pratiques médicales à l'étranger, qu'il compare à la France .

Concernant l'utilisation des béta 2 mimétiques dans la bronchiolite, il semble également connaître la notion de leur inefficacité dans cette indication, même s'il ne la respecte pas (*« C'est vrai qu'en théorie on dit que ça ne devrait pas fonctionner très petit, je crois, je ne sais »*).

plus ce qu'on disait à un moment, on disait que avant 6 mois, 9 mois, ça marchait pas, ... E: Oui. M1: Pas de récepteurs bêta 2 sur les bronches »).

Nous observons quatre biais cognitifs dans cet entretien: le biais de la loi des petits nombres, le biais de surconfiance, le modèle d'ajustement apparent, et le biais de l'angle mort.

Conclusion M1 :

Ainsi, M1, malgré son profil « expérimenté » et « sachant » en pédiatrie, présente des biais cognitifs.

Nous remarquons que les biais qu'il présente peuvent s'intriquer les uns aux autres, et pourquoi pas se potentialiser les uns les autres. Ainsi, le biais de surconfiance pourrait entraîner une absence d'autocritique, et donc un biais de l'angle mort. Il est possible que ce biais de surconfiance conduise également M1 à survaloriser sa prise en charge malgré l'absence de preuves de sa validité (modèle d'ajustement apparent).

4.2.2. Analyse M2 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 34 ans, installée en zone urbaine, dans un cabinet de groupe, en secteur 1.

Début des remplacements en 2012, puis installation en 2014.

Formations initiales : Me précise, durant son internat, des stages en pédiatrie et en PMI.

Autres formations : spécialisation en addictologie (CSAPA), réalisation d'un DU de tabacologie.

Autres activités :

- travail en Institut Médico-Educatif avec les enfants en situation de handicap,
- réseau REPOP (obésité pédiatrique)
- réseau ROMDES.

Formation continue : deux sessions présentiels de DPC par an.

Aime la pédiatrie, dont elle estime la proportion à 40% de sa patientèle.

- Abord de l'entretien :

Sereine.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : plutôt bonne connaissance de la définition (« *c'est viral la bronchiolite donc euh* » ; « *en général ça se passe tout seul* » ; « *enfant qui siffle* »).

Diagnostic différentiel : pas d'ambiguïté diagnostique (« *plus de 3 bronchiolites c'est l'asthme du nourrisson* »).

Prise en charge : conforme aux RBP : traitement symptomatique.

- MHD : « *lavage de nez au sérum physiologique* », « *fractionnement de l'alimentation* », « *surélévation de la tête du lit* ».
- Surveillance : « *surveillance* », « *bah après surveiller, souvent je les revois quand même, si vraiment c'est à la limite des signes de lutte, si ça tire un tout petit peu, mais ça tire pas trop, je les revois facilement à 24-48h pour réévaluer, voire comment ils vont. E: D'accord. M2: Les parents ils ont l'habitude, en gros nous on réévalue souvent, que ce soit sur les otites, les bronchiolites, tout, enfin, on essaye de suivre les enfants, puis les parents ils ont l'habitude, ils me rappellent. Enfin moi ils ont mon numéro de téléphone portable, si y'a une urgence ils m'appellent.* » ; « *Enfin comme ils ont mon numéro de*

toutes façons ils m'appellent, si ça va pas, je les revois, c'est facile » ; « Moi je revois assez facilement, quitte à les rajouter en fin de journée, c'est pour ça je finis tard le soir (rires) » ; « Nan mais de manière à réévaluer quand même, s'ils sont petits, je fais gaffe ».

- Traitement médicamenteux ?: Amoxicilline si infection ORL (« si y'a une otite moyenne aiguë, selon les dernières recommandations »).
- Place de la kinésithérapie : Au cas par cas (« kiné si gros encombrement », « j'essaye de limiter, si y'a vraiment un gros encombrement qui gêne vraiment l'enfant »).
- Evaluation et Gestion de la Gravité : très bonne évaluation et gestion de la gravité (ici, signes cliniques de gravité décrits avec des mots simples, comme elle les aurait décrits aux parents « signes de lutte respiratoire », « si ça creuse entre les côtes, si il respire vite au niveau du ventre, si y'a les battements des ailes du nez, si il a les lèvres bleus, si ça creuse au-dessus du sternum, au-dessus des clavicules », « gros signes respiratoires », « faut qu'ils aillent aux urgences », « une bronchiolite chez les moins de 3 mois, je fais un peu plus attention »; « si ça va pas on les envoie aux urgences », « en général c'est les parents qui les emmènent aux urgences », appel du SAMU en cas d'urgence extrême).
- Examens complémentaires ? : Radio de thorax si besoin d'éliminer une pneumopathie.
 - Autres codages :

Référentiels et sources d'information : recommandations HAS citées spontanément.

Recommandations HAS de la bronchiolite : semblent connues lorsque l'on considère sa prise en charge, sont citées spontanément lorsqu'elle considère les indications d'antibiotiques.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Gestion de l'inquiétude des parents particulièrement développée ; très disponible car laisse son numéro de téléphone personnel aux parents, en cas d'inquiétudes ou d'interrogations. Disponible également en consultation (« Mmm. Bah vu qu'ils ont mon numéro de téléphone, c'est vrai que ça aide. Parce que tu coup généralement ils m'appellent souvent pour me poser des questions, moi ça me dérange pas. En fait ils me laissent des messages, et je les rappelle quand je peux dans la journée. Euh, et du coup je sais qu'y a pas beaucoup de médecins qui laissent leur numéro de portable, mais moi, j'aime bien. Comme ça les parents, dès qu'y a la moindre inquiétude, je préfère qu'ils m'appellent plutôt qu'ils stressent et qu'ils fassent pas ce qui faut. Voilà donc généralement, je peux leur donner des conseils téléphonique, donc en général ça les rassure » ; « je revois assez facilement, quitte à les rajouter en fin de journée »).

Education thérapeutique également développée ; argumentation orale et écrite sur le carnet de santé (« *je note sur le carnet de santé les signes de lutte respiratoire, avec des mots simples* » ; « *je mets si ça creuse entre les côtes, s'il respire vite au niveau du ventre, si y'a les battements des ailes du nez, si il a les lèvres bleues, bah voilà si y'a des vraiment des gros signes respiratoires, faut qu'ils aillent aux urgences* » ; « *si ça creuse au-dessus du sternum, au-dessus des clavicules* »). L'éducation thérapeutique se fait également par téléphone, comme vu dans le paragraphe ci-dessus.

Angoisse parentale : évoquée (« *dès qu'il y a la moindre inquiétude ils m'appellent plutôt qu'ils stressent et qu'ils fassent pas ce qu'il faut* » ; « *je peux leur donner des conseils téléphoniques ça les rassure* », « *si vraiment on voit qu'ils vont pas gérer je demande des fois un avis aux urgences pour l'inquiétude parentale* » ; « *je n'arrivais pas à gérer l'angoisse de la mère...envoie aux urgences pour qu'ils le gardent un jour ou deux* »).

Angoisse du médecin : pas évoquée, ni par le médecin ni par l'enquêteur.

Notion d'intuition : très vaguement évoqué, spontanément, à propos de l'évaluation des critères cliniques qui pourraient faire adresser l'enfant aux urgences (« *après c'est en fonction du feeling aussi* »).

Evolution de sa pratique avec le temps : pas évoqué, ni par le médecin ni par l'enquêteur.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : n'évoque pas spontanément son intérêt ou désintérêt face à la pathologie. Elle traite d'une part le sujet avec sérieux. Elle expose point par point toutes les étapes de sa prise en charge, explique l'éducation thérapeutique faite aux parents. Se rend extrêmement disponible pour cette pathologie (pas de banalisation). D'autre part, elle ne s'étale pas sur le sujet non plus (pas de sujet d'intérêt majeur, contrairement par exemple à M1 qui s'anime à l'évocation du sujet de la kinésithérapie). Une fois son exposé fait, pas de développement de sa part concernant un éventuel vécu ou avis personnel.

Avis sur la HAS : Pas demandé explicitement par l'examineur. Cependant, évoque indirectement un avis favorable. Elle les cite en effet spontanément à deux reprises. M2 suggère que les RBP soient davantage suivies par les jeunes médecins (« *On est encore jeunes médecins donc c'est vrai qu'on a pas trop de... enfin on essaye de suivre les recommandations actuelles* » ; « *Après, si y'a une infection ORL chez le petit, bah je mets de l'Amoxicilline, et euh, enfin si y'a une otite moyenne aiguë, enfin selon les dernières recommandations (rires).* »).

- Particularités de codage de cet entretien: pas de codage particulier.

c) Les biais:

Aucun biais retrouvé à l'entretien.

Récapitulatif M2 :

M2 est une jeune médecin, récemment installée, dans un cabinet de groupe.

Elle aime la pédiatrie, qui représenterait 40% de sa patientèle. Elle est investie par ailleurs dans d'autres activités médicales, dont deux sont à vocation pédiatrique.

Sa prise en charge est conforme aux RBP, qui semblent par ailleurs connues. M2 suggère que sa prise en charge serait conforme aux RBP du fait de son jeune âge.

M2 ne semble pas trouver de difficultés à la prise en charge de la bronchiolite. Elle la développe avec aisance et entièrement en début d'entretien.

M2 est en capacité de justifier ses prescriptions ou absence de prescriptions concernant les traitements médicamenteux (antibiotiques réservés aux surinfection, béta 2 mimétiques de courte durée d'action réservés à l'asthme du nourrisson) ou non médicamenteux (kinésithérapie).

Aucun biais cognitif ne sera retrouvé lors de cet entretien.

Nous pouvons noter certaines particularités de M2 :

M2 place au cœur de sa prise en charge la surveillance, la réassurance et l'éducation thérapeutique des parents. Ces aspects sont notamment assurés par une très grande disponibilité du praticien à l'égard de ses patients.

La surveillance tient donc une place centrale dans sa prise en charge. En effet, elle est mentionnée spontanément et régulièrement tout au long de l'entretien. Elle est basée sur plusieurs éléments. En premier, sa grande disponibilité. Elle permet une surveillance « de visu » puisqu'elle accorde très facilement des consultations de contrôle comme vu plus haut. Ces consultations de contrôle peuvent être de sa propre initiative, en cas de présence de critères cliniques initiaux inquiétants. Elles peuvent aussi être accordées facilement aux parents inquiets. Par ailleurs, M2 se rend très disponible au téléphone, puisqu'elle donne son numéro de téléphone personnel aux parents. Comme vu plus haut, elle répond aux inquiétudes des parents, les conseille et peut décider de les revoir ou de les adresser aux urgences si nécessaire

L'éducation thérapeutique des parents est un deuxième élément permettant la surveillance des enfants pour M2. Elle insiste assez sur la communication des éléments de gravité devant alerter les parents, et les inscrit sur le carnet de santé. Elle prend soin d'adapter son langage pour assurer une bonne compréhension.

Conclusion M2 :

M2 est un médecin pour lequel aucun biais cognitif n'a été retrouvé à l'entretien.

Nous notons que M2 est un médecin jeune, à jour des recommandations actuelles. Elle applique les RBP à sa prise en charge. Elle est investie auprès des patients et met en valeur la nécessité de réassurer les parents, de rester disponible, de leur donner des informations nécessaires au bon traitement et à la bonne surveillance de la pathologie. Nous pourrions décrire ce profil comme « consciencieux » ou même « dévoué ».

Son implication semble s'étendre au-delà des limites de la consultation, puisqu'elle se sent la responsabilité de guider et de rassurer les parents, même à leur domicile. Elle apprécie rester disponible pour rassurer les patients. Cela lui donne un aspect « maternaliste ». En effet, elle préfère s'assurer que les parents ne prennent pas de mauvaises décisions sous le fait de l'inquiétude, même si cela lui impose un rappel téléphonique supplémentaire lors de son temps de repos.

4.2.3. Analyse M3 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Homme de 35 ans, installé depuis 2014, en milieu urbain, en cabinet de groupe (avec M2 notamment), en secteur 1.

Pas d'autres activités.

Formations continues : occasionnellement, comme les Journées de Pédiatrie.

La pédiatrie représenterait moins de 10% de son activité.

- Abord de l'entretien :

J'avais essayé d'obtenir un rendez-vous avec lui via son secrétariat mais je n'avais pas pu le joindre. Il se trouve qu'il est rentré par hasard dans le cabinet de sa collègue (M2) à la fin de l'entretien que j'avais avec elle. Celle-ci l'a fortement incité d'accepter l'entretien pour ma thèse, en prétextant que j'allais « *de toutes les façons le rappeler (rires)* ». Il a beaucoup hésité, s'est senti pris au dépourvu, puis a finalement accepté, tout en restant sur la défensive. Il a souhaité que sa collègue reste présente pendant l'entretien. Celui-ci n'était donc pas fait dans des conditions optimales.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : définition vague et mal connue (« *Alors les critères ça fait longtemps que je les ai pas révisé mais globalement, c'est une grosse rhinorrhée, associée à des signes liés à l'encombrement bronchique, une fièvre importante. Chez le nourrisson de moins de deux ans, je pose la question de la bronchiolite.* »).

Diagnostic différentiel : non évoqué par l'enquêteur ni le médecin.

Prise en charge : Semble plutôt hasardeuse. A des difficultés à justifier ses choix. Toutefois, sa prise en charge semble spontanément correcte, dans les grandes lignes. En effet, elle semble basée globalement sur un traitement symptomatique (« *si y'a pas de signes de gravité, euh je fais juste DRP* »).

- Traitement médicamenteux : il semble qu'il n'en aurait pas prescrit spontanément mais ne sait pas pourquoi.

A propos des antibiotiques: « *les antibiotiques euh jamais* » ; « *je mets ça si euh, si on en est au point de de mettre des antibiotiques, pour moi c'est hospitaliser, parce que en ville, faut que la bronchiolite soit grave pour qu'on mette des antibiotiques, mais je crois que ça marche pas des masses, donc moi j'en met pas* ».

A propos des béta 2 mimétiques de courte durée d'action : « *Et la Ventoline, pfff, quand*

ça... c'est rare que ça siffle, en général, c'est plus la détresse respiratoire, la, la polypnée, le tirage et tout ça, mais là, la composante spastique ça fait longtemps que je l'ai pas eue, en cabinet ».

- Place de la kinésithérapie : S'appuie sur le kinésithérapeute lorsqu'il veut intensifier la surveillance. Par ailleurs, prescrirait de la kinésithérapie pour soulager sa propre angoisse. N'attribue pourtant pas d'efficacité à la kinésithérapie (« *Et si ça nécessite une surveillance, je demande à la kiné, si les patients sont pas, si les parents sont pas suffisamment cortiqués. Voilà, ou je peux faire de la kiné en contra phobique pour moi-même des fois, voilà, si ils sont encombrés mais pas trop... En sachant que voilà, c'est pas...* »). _
- Evaluation et Gestion de la gravité : évoquée brièvement (« *si le diagnostic est positif, je me pose la question de la gravité, et si y'a des signes de détresse respiratoire extrême, ça passe par le 15, si je peux temporiser, ça passe par les urgences* »).
- Examens complémentaires ? : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.
 - Autres codages :

Référentiels et sources d'information : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Recommandations HAS de la bronchiolite : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Education thérapeutique brièvement décrite (« *Je leur explique qu'il faut laver le nez, laver le nez, laver le nez, laver le nez, et si ça dévisse, de ne pas hésiter à m'appeler. Ou si c'est la nuit ou le week-end, d'appeler les urgences ou le 15.* »).

Concernant la gestion de l'inquiétude des parents, se sent étranger à un potentiel rôle de réassurance (« *E: Ok, euh, est ce que tu arrives à gérer l'inquiétude des parents? M3 : « Je m'en fous. Ce qui m'intéresse c'est le gosse » ; « Mon but, c'est de faire survivre le gamin. Après, ils sont inquiets, ils sont pas inquiets, ils vivent avec, c'est leur problème. (mouvement de recul et d'agacement avec sa main)* »).

Angoisse parentale : non évoqué spontanément.

Angoisse du médecin : évoque spontanément son angoisse face à certains cas de bronchiolites (les cas où « *ils sont encombrés mais pas trop* »). Explique remédier à son angoisse en prescrivant de la kinésithérapie respiratoire (« *Voilà, ou je peux faire de la kiné* »).

en contra-phobique pour moi-même des fois, voilà, s'ils sont encombrés mais pas trop... en sachant que voilà, c'est pas... » ; « C'est pour se rassurer soi-même »).

Notion d'intuition : non évoquée, ni par l'examineur ni par le médecin.

Evolution de sa pratique avec le temps : non évoquée, ni par l'examineur ni par le médecin.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : non évoqué directement ni par l'examineur ni par le médecin. Cependant, M3 ne semble pas particulièrement intéressé par la pathologie. Il semble en effet avoir conscience de ses lacunes, mais ne semble pas avoir cherché à y remédier.

Avis sur la HAS : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de particularités de codage.

c) Les biais:

Effet Placebo (pour le médecin) : Prescrit parfois de la kinésithérapie respiratoire pour soulager l'angoisse qu'il ressent face à certains patients atteints de bronchiolites, sans cependant croire à sa réelle efficacité (« *Voilà, ou je peux faire de la kiné en contra-phobique pour moi-même des fois, voilà, s'ils sont encombrés mais pas trop... en sachant que voilà, c'est pas... » ; « C'est pour se rassurer soi-même »).*

Récapitulatif M3 :

M3 est un jeune médecin, qui ne présente pas spécialement d'affinité avec le domaine pédiatrique. Il estime sa patientèle pédiatrique inférieure à 10%.

M3 présente une connaissance erronée et restreinte de la définition de la bronchiolite.

Il présente une connaissance plutôt mauvaise des recommandations concernant sa prise en charge. Effectivement, M3 ne peut pas justifier son absence de prescription concernant les différentes classes médicamenteuses, que ce soit les bêta 2 mimétiques de courtes durée d'action ou les antibiotiques. Cette difficulté à justifier l'absence de prescription médicamenteuse semble reliée, dans ses paroles, à la méconnaissance de la physiopathologie et de la définition de la pathologie.

Paradoxalement, la prise en charge de M3, reste donc, dans les grandes lignes, fidèle aux recommandations. Elle reste effectivement symptomatique. Il l'évoque d'emblée, et à deux reprises (« *et si y'a pas de signes de gravité, euh je fais juste DRP » ; « Je leur explique qu'il faut laver le nez, laver le nez, laver le nez, laver le nez, et si ça dévisse, de ne pas hésiter à m'appeler »).*

On peut évoquer l'hypothèse de la présence de biais cognitif dans ce paradoxe (mauvaises connaissances mais bonne prise en charge). La prise en charge de M3 serait-elle due au hasard ? Dans son processus de raisonnement, M3 recourt face à une bronchiolite à un traitement symptomatique. Cela dit, il n'est pas dans la capacité d'expliquer son raisonnement. Il agit par automatisme. Il agit également selon ses convictions (utilisation du verbe croire « *faut que la bronchiolite soit grave pour qu'on mette des antibiotiques, mais je crois que ça marche pas des masses, donc moi j'en met pas* »). Nous nous trouvons donc dans un processus de pensée lié aux heuristiques du Système 1. Le sujet prend ses décisions selon ses croyances. Par exemple, pour justifier de l'inutilité des antibiotiques dans la bronchiolite, émettre l'hypothèse que la pathologie soit virale aurait peut-être été le fruit du Système 2, plus rationnel.

S'agit-il d'un biais d'ancrage ? On peut évoquer l'hypothèse qu'il reste à l'esprit de M3 de vagues souvenirs concernant la prise en charge de la bronchiolite, datant de ses années universitaires. M3 restent ancrés sur ces idées, mais avec le temps, il n'est plus en capacité de les analyser.

S'agit-il d'un biais de disponibilité ? M3 prendrait ces décisions (dans la situation d'une bronchiolite) grâce aux idées les plus facilement mobilisables dans son esprit. Il aurait associé au mot « bronchiolite », le mot « DRP », et sa prise en charge reviendrait de manière redondante sur cette idée, sans pouvoir par ailleurs la justifier.

La réponse exacte est ici difficile à trouver. L'entretien n'est peut-être pas assez étoffé non plus pour pouvoir le préciser.

Par ailleurs, il est à noter que M3 est conscient des lacunes qu'il possède en ce qui concerne le sujet de la bronchiolite. Il le mentionne effectivement dès le début de l'entretien (« *alors les critères ça fait longtemps que je les ai pas révisé* »), puis à une autre reprise un peu plus loin (« *Ouais, ouais, je suis moins à jour que ma collègue. (silence)* »).

Comment peut-on justifier la présence de lacunes et cette conscience d'avoir des lacunes ? Est-ce une question de paresse intellectuelle (l'envie de s'épargner un effort, le manque de temps) ? Est-ce plutôt un excès de confiance en soi, un biais de surconfiance (ce serait plutôt l'idée de « mes connaissances sont approximatives mais ça va quand même marcher, je gère la situation ») ? Présente-t-il tout simplement un désintérêt pour cette pathologie ? Est-il désinvesti ? Là encore, il serait difficile de préciser exactement la raison pour laquelle ce médecin ne remet pas ses connaissances à jour, tout en sachant qu'il serait nécessaire de le faire.

Pourtant, M3 semble inconfortable dans cette situation. Il avoue que la bronchiolite est une pathologie qui peut parfois lui générer de l'angoisse. De quoi s'agit-il exactement ? Une angoisse liée à un manque de contrôle ? La peur face à la fragilité d'un nourrisson ? L'inquiétude face à l'incertitude de sa propre prise en charge ?

Nous notons cependant que cette angoisse influe directement sur ses prescriptions. Elle peut en effet être à l'origine de prescription de kinésithérapie respiratoire, pas directement

dans l'intérêt de l'enfant (puisqu'il ne croit pas à sa réelle efficacité), mais pour son bien-être à lui, à titre placebo (« *Voilà, ou je peux faire de la kiné en contra-phobique pour moi-même des fois, voilà, s'ils sont encombrés mais pas trop... en sachant que voilà, c'est pas...* » ; « *C'est pour se rassurer soi-même* »).

Nous pouvons noter pour finir, un profil peu empathique chez ce praticien (qui contraste effectivement avec celui de sa collègue M2). M3 ne ressent pas le devoir de rassurer les parents et n'intègre pas cette notion à sa prise en charge.

Conclusion M3 :

Cet entretien met en valeur l'intervention de l'affect dans la prise de décision médicale, dans la bronchiolite. Ici, l'inquiétude ressentie par le médecin face à la situation modifie les prescriptions à l'issue de la consultation. Ces prescriptions ne sont pourtant pas jugées efficaces par le praticien.

Cette constatation rejoint l'idée, plus générale, qu'un des facteurs favorisant l'émergence de biais est « l'inconfort », situation au cours de laquelle les individus peuvent être amenés à vouloir trouver une solution palliative, de facilité (inconfort émotionnel, inconfort lié au manque de temps).

4.2.4. Analyse M4 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 49 ans, installée depuis 2003, en zone urbaine, en cabinet de groupe, en secteur 1.

Autres activités :

- micronutrition
- ostéopathie.

Estimerait sa proportion de patientèle pédiatrique à 30%.

- Abord de l'entretien :

M'accueille à son cabinet sur sa pause déjeuner pour l'entretien, avec une heure de retard en salle d'attente. Accueil chaleureux. A l'annonce du thème, elle semble surprise, et me dit qu'elle n'en a pas vu beaucoup cet hiver.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : n'est pas clairement établie (« *Après ça je leur explique c'est pareil. Donc c'est viral, euh, peut-être l'enfant est aussi plus susceptible au niveau bronchique qu'un autre, fin je veux dire on a tous nos fragilités, fin, voilà, euh pfff* »), limite d'âge floue puisqu'elle parle de prescrire de la Ventoline dans la bronchiolite après deux ans (« *Et à partir de deux ans quoi. Voilà 18 mois-2 ans je dirais. Voilà, cette tranche là commence là* »).

Diagnostic différentiel : différence avec l'asthme du nourrisson établie (« *Nan bah parce qu'après les corticoïdes ça va être chez l'asthme du nourrisson, ils en sont à la troisième, et voilà euh...* »).

Prise en charge : se résume à de la kinésithérapie respiratoire systématiquement, adjointe à la DRP et autres MHD (fractionnement des repas et surélévation de la tête du lit).

Cependant la prise en charge n'est pas uniquement symptomatique ; selon les cas, il peut y avoir utilisation de béta 2 mimétiques ou de corticoïdes.

- Traitement médicamenteux ?:

Indications de la Ventoline très variées : difficulté à faire des DRP efficaces (quand « *la mère n'arrive pas à moucher* »), présence de signes de gravité, antécédent familiaux d'asthme, bronchiolites récidivantes (asthme du nourrisson ?), nourrisson trop âgé pour se laisser faire en séances de kinésithérapie (> 18 mois-2ans), ou à la demande des parents (« *E: Est-ce que vous avez des prescriptions médicamenteuses?* M4: *Euh, ouais mais après ça dépend un peu du passif de l'enfant aussi, quand c'est*

pas une première, ou quand il y a des antécédents familiaux d'asthme ou des choses comme ça, donc parfois selon l'importance du tirage, je mets, euh un babyhaler avec Ventoline » ; « Euh... Bah si y'a un tirage que je trouve un petit peu important, si la maman me dit bon il a un peu de mal quand même, j'arrive pas à moucher, euh etc... Donc là, je... j'aurais tendance à mettre la Ventoline plus facilement. » ; « Quand c'est pas encore trop grave, quand je veux pas l'envoyer chez la... E: C'est une sorte d'intermédiaire entre euh, les urgences et... M4: Et le kiné tout simple. » ; « E: D'accord. (Silence). Il y a un âge qui vous fait prescrire plus qu'un autre? (long silence). M4: (en réflexion) Hum alors ouais, plutôt chez les plus âgés, chez les bébés je le ferai pas parce que... au niveau de la kiné en général ils se laissent bien faire. alors les plus grands au niveau de la kiné, c'est ... un petit peu plus dure! (rires). E: (rires). M4: Du coup-là, euh, je leur mettrai plus facilement de la Ventoline aussi, effectivement. Et à partir de 2 ans quoi. Voilà, 18 mois 2 ans je dirais. Voilà, cette tranche là commence là. »).

La prescription de corticoïdes per os peut se faire également en fonction des signes de gravité présents à l'examen clinique, les corticoïdes inhalés sont réservés en cas de répétition des épisodes de bronchiolites : « E: D'accord. Et est-ce que vous avez d'autres prescriptions médicamenteuses? (silence) Par exemple les corticoïdes? M4: Ouais mais ça c'est des enfants que j'ai déjà, à ce moment ce serait déjà une deuxième troisième ... ou je sais qu'ils ont ... E: c'est plutôt dans l'asthme du nourrisson? M4: Ouais, E: Aussi bien inhalés que per os? M4: Oui per os aussi ça peut l'être en fonction de la, ... bah pareil en fonction de l'importance du tirage, de la gêne respiratoire, de... l'alimentation, ou aux parents, ... (raclement de gorge). E: c'est en fonction des signes de gravité? M4: Voilà. » ; « ah bah y'a ceux qui ont l'habitude, parce que c'est la troisième et que les autres ils ont tous fait leur bronchiolite, et machin truc, donc euh (rires). Ils ont déjà le babyhaler à la maison. Donc ceux-là, ils ont, ils demandent Ventoline, en fait ils connaissent. Bon, bon bah eux ils connaissent en général, je leur explique, c'est pas, c'est pas forcément obligé, si c'est la première bronchiolite. Fin... Voilà, ils ont l'habitude un petit peu déjà donc, je veux bien prescrire un flacon de Ventoline, parce que je sais qu'ils vont pas non plus le faire à tout bout de champ ».

- Place de la kinésithérapie : Pierre angulaire de sa prise en charge. De la gravité clinique de la bronchiolite va dépendre la rapidité avec laquelle elle confie l'enfant au kinésithérapeute (sauf en cas de détresse extrême où elle adresse aux urgences) : *« les bronchiolite donc moi, en général, on a bien le numéro des kinés sous la main déjà. SOS kiné bronchiolite là, de l'Essonne, hein euh » ; « donc moi c'est kiné principalement le traitement, quand c'est une 1ère bronchiolite, une 2ème bronchiolite, une 3ème bronchiolite, ou selon l'importance des tirages » ; « donc en général c'est kiné, ou si vraiment y'a des très très importants tirages, je vérifie que le kiné peut prendre rapidement » ; « selon les parents aussi, s'ils sont cortiqués ou pas,*

ou s'ils arrivent à se débrouiller, je leur confie le numéro de SOS bronchiolite, ou alors je, j'appelle moi directement un kiné, pour être sûr que l'enfant va être pris en charge rapidement » ; « au niveau de la kiné en général ils se laissent bien faire. Alors les plus grands au niveau de la kiné, c'est... un petit peu plus dure! ».

- Evaluation et gestion de la gravité: L'évaluation des signes de gravité est réalisée par le praticien (elle cite l'importance « du tirage » à plusieurs reprises, ainsi que les signes de tolérance tels que l'état général et l'alimentation). Ils ne sont pas étayés, sauf une fois en fin d'entretien (« *si vraiment ça creuse, à mort entre les côtes, ici* »). Cependant, la présence de tels signes de gravité n'entraîne pas systématiquement une bonne gestion par la suite. En effet, M4 réalise une gradation de la gravité en fonction de l'importance du tirage. L'évaluation de l'importance du tirage n'est pas expliquée durant l'entretien. Il est seulement explicité par des adverbes de quantité, comme « très ». Par exemple si l'enfant présente de « très très importants tirages », M4 va vérifier que le kinésithérapeute peut recevoir l'enfant rapidement (« *ou selon l'importance des tirages...* » ; « *bah pareil en fonction de l'importance du tirage, de la gêne respiratoire, de... l'alimentation* » ; « *Donc en général c'est kiné, ou si vraiment y'a des très très importants tirages, je vérifie que le kiné peut prendre rapidement. Ou si l'enfant est très très très très gêné, il peut plus s'alimenter, donc ça dépend de ce que raconte les parents évidemment. Donc problèmes d'alimentation, euh une fatigue euh, l'enfant un petit peu flagada. Donc là en général, j'adresse aux urgences à Longjumeau* » ; « *Bah le fait qu'ils n'arrivent vraiment plus à s'alimenter, qu'ils soient vraiment, fin, qu'ils voient qu'il n'arrive pas à pleurer, fin... ça les parents ils le sentent quand même, quand l'enfant il est tout mou quoi hein? (rires). Ils arrivent à faire la différence, ouais, le tirage, je leur explique un petit peu, si vraiment ça creuse, à mort entre les côtes, ici. Voilà. (silence).* »).
- Examens complémentaires ? : non sauf si persistance de la fièvre : radio de thorax.
- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Recommandations HAS de la bronchiolite : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Education thérapeutique des parents en leur expliquant les signes de gravité.

Réassurance des parents par sa disponibilité, soit par téléphone, soit en consultation (« E: Comment vous gérez l'inquiétude des parents? M4: Bah j'essaye de leur expliquer les signes de gravité, (silence) E: Hum. M4: Mmm, qui doivent les alerter, je leur dit qu'au bout de 48 heures, et bien ils peuvent très bien repasser, euh, ou téléphoner, fin voilà, ils, je leur dit aussi à quel moment moi je suis disponible, ils peuvent me joindre »). Explication des signes de gravité aux parents : « *n'arrivent plus à s'alimenter* », « *qu'ils n'arrivent plus à pleurer, fin... ça les parents ils le sentent quand même, quand l'enfant il est tout mou quoi hein?* »

(rires) », « le tirage, je leur explique un petit peu, si vraiment ça creuse, à mort entre les côtes ici »).

Angoisse parentale : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Angoisse du médecin : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Notion d'intuition : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Evolution de sa pratique avec le temps : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

Avis sur la HAS : non évoqué ni par l'examineur ni par le médecin.

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de particularités de codage.

c) Les biais:

Biais d'illusion de contrôle :

M4 attribue à certaines prescriptions la capacité de maintenir la situation clinique de l'enfant sous contrôle, notamment lorsque la situation clinique est limite, voire déjà compliquée. Ainsi, la kinésithérapie est prescrite systématiquement, même pour certaines bronchiolites présentant des signes de gravité (« donc en général c'est kiné, ou si vraiment y'a des très très importants tirages, je vérifie que le kiné peut prendre rapidement »). De la même manière, il peut être prescrit de la Ventoline dans des cas de bronchiolites compliquées afin de garder la situation sous contrôle (« Euh... Bah si y'a un tirage que je trouve un petit peu important... » ; « Quand c'est pas encore trop grave, quand je veux pas l'envoyer chez la... E: C'est une sorte d'intermédiaire entre euh, les urgences et... M4: Et le kiné tout simple. »). Nous noterons de la même manière l'utilisation d'adverbes quantitatifs tels que « un petit peu » ou une évaluation des signes de gravité reposant sur son appréciation personnelle (« je trouve que »). Enfin, les corticoïdes per os possèdent également la même indication (« ... bah pareil en fonction de l'importance du tirage, de la gêne respiratoire, de... l'alimentation, ou aux parents, ... (raclement de gorge). E: c'est en fonction des signes de gravité? M4: Voilà. »).

Corrélations illusoires :

Ce biais est présent lorsque M4 attribue un effet bénéfique de la Ventoline lorsqu'elle est administrée dans des cas où la DRP est peu efficace (« si la maman me dit bon il a un peu de mal quand même, j'arrive pas à moucher, euh etc... Donc là, je... j'aurais tendance à mettre la Ventoline plus facilement. »). Ce biais pourrait être présent dans la situation où elle prescrit de la Ventoline en remplacement de la kinésithérapie respiratoire, dans le cas de grands nourrissons, qui pourraient ne pas se laisser faire en séance de avec le kinésithérapeute. Elle associe la Ventoline à l'évacuation des sécrétions. Nous pourrions

également nous demander dans ce dernier cas s'il ne s'agirait pas aussi d'un biais de reprise de contrôle. M4 privilégierait peut-être les situations de prescriptions, même si celles-ci sont inadaptées.

Biais de désirabilité sociale et/ou Effet de cadrage décisionnel :

M4 peut prescrire de la Ventoline à la demande des parents, dans certaines situations. Il est possible que cela rentre dans le cadre d'un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire de se présenter sous un jour favorable aux parents, ou d'entretenir de bonnes relations. La prescription de Ventoline de M4 peut varier en fonction du contexte social de l'enfant. Si ses parents ont déjà eu des enfants atteints de bronchiolites par le passé, elle aura davantage de facilité à en prescrire. Il s'agit d'un effet de cadrage décisionnel (*« ah bah y'a ceux qui ont l'habitude, parce que c'est la troisième et que les autres ils ont tous fait leur bronchiolite, et machin truc, donc euh (rires). Ils ont déjà le babyhaler à la maison. Donc ceux-là, ils ont, ils demandent Ventoline, en fait ils connaissent. Bon, bon bah eux ils connaissent en général, je leur explique, c'est pas, c'est pas forcément obligé, si c'est la première bronchiolite. Fin... Voilà, ils ont l'habitude un petit peu déjà donc, je veux bien prescrire un flacon de Ventoline, parce que je sais qu'ils vont pas non plus le faire à tous bouts de champs. »*).

On note par ailleurs une certaine Tolérance au risque : la présence d'importants signes de gravité n'implique pas un recours hospitalier systématique (*« ou selon l'importance des tirages... » ; « bah pareil en fonction de l'importance du tirage, de la gêne respiratoire, de... l'alimentation » ; « Donc en général c'est kiné, ou si vraiment y'a des très très importants tirages, je vérifie que le kiné peut prendre rapidement »*).

Récapitulatif M4:

M4 est un médecin en milieu de carrière, installée depuis 15 ans dans un cabinet de groupe, en milieu urbain. Sa proportion de pédiatrie dans sa patientèle serait d'environ 30%.

Les connaissances médicales qu'elle possède de la bronchiolite et de sa physiopathologie ne sont pas évidentes à évaluer car peu étayées pendant l'entretien. Il s'agit en tous cas clairement d'une détresse respiratoire, liée à une virose. Les limites d'âge ne sont pas très bien définies.

La prise en charge de M4 pour la bronchiolite reste toutefois, au premier abord, conforme aux recommandations HAS. Elle est principalement symptomatique. Par contre, la kinésithérapie y tient une place centrale. Elle est systématique et représente la clé du traitement pour M4.

Cependant, au cours de l'entretien, M4 approfondit sa prise en charge, et décrit toutefois des prescriptions médicamenteuses. Les bêta 2 mimétiques de courte durée d'action ainsi que les corticoïdes par voie orale sont des traitements qui possèdent pour M4 une possible indication. Par exemple, la Ventoline peut être prescrite lorsque le nourrisson est trop âgé pour se laisser faire lors des séances de kinésithérapie. Ou encore, lorsque les DRP ne sont

pas suffisamment productive. Elle peut aussi être prescrite en cas d'antécédents familiaux d'asthme.

Les connaissances sur les recommandations actuelles de la bronchiolite sont donc partielles.

Au terme de l'entretien, on peut remarquer que les prescriptions de M4 peuvent être sous-tendues par des évaluations subjectives. Lors de son argumentation, M4 utilise notamment de nombreuses expressions, adverbess, temps du subjonctif, afin de décrire son évaluation clinique. Ainsi, nous retrouvons les termes « *un petit peu important* », « *j'aurais tendance à* », « *plus facilement* », « *c'est pas encore trop grave* », « *c'est une sorte d'intermédiaire* », « *si vraiment ça creuse* », « *plutôt chez les plus âgés* », « *je leur mettrai plus facilement de la Ventoline* », « *ou si vraiment y'a des très très importants tirages* », « *Ou si l'enfant est très très très gêné* ».

Ce serait comme une sorte d'échelle analogique qui permettrait de mesurer de manière approximative un certain degré d'urgence, qui amènerait dans certains cas, à une simple prescription de kinésithérapie accélérée, dans un autre l'adjonction de Ventoline, dans un troisième celle de corticoïdes per os, puis enfin l'envoi aux urgences. Ces raisonnements approximatifs semblent basés sur des impressions globales que ressentent la praticienne à l'issue de son examen clinique.

Pour l'illustrer, voici quelques verbatims qui sous-tendent la prescription de Ventoline :
« *Euh... Bah si y'a un tirage que je trouve un petit peu important, si la maman me dit bon il a un peu de mal quand même, j'arrive pas à moucher, euh etc... Donc là, je... j'aurais tendance à mettre la Ventoline plus facilement.* » ; « *Quand c'est pas encore trop grave, quand je veux pas l'envoyer chez la... E: C'est une sorte d'intermédiaire entre euh, les urgences et... M4: Et le kiné tout simple.* ».

Quelques biais sont retrouvés à l'analyse. Le principal est le biais d'illusion de contrôle. Il reflète l'illusoire efficacité que donne M4 aux différentes thérapeutiques qu'elle prescrit en cas de signes de gravité. Nous retrouvons à minima le biais de corrélation illusoire, lorsqu'elle attribue à la Ventoline un rôle d'expectorant ou de désencombrant. On peut aussi émettre l'hypothèse du biais de désirabilité sociale, dans les cas où elle accepte de prescrire de la Ventoline à la demande des parents. Enfin l'effet de cadrage décisionnel décrit le fait qu'elle puisse prescrire de la Ventoline, en fonction de l'expérience qu'ont les parents à l'utiliser.

Conclusion M4:

Les prises de décisions de M4 reposent en grande partie sur les impressions ressenties au cours de la consultation. Sa prise en charge est intuitive. Elle est soutenue par des informations, dont certaines ne sont pas vérifiées, mais imaginées comme cohérentes. Schématiquement, nous pouvons dire que le mode de pensée de M4 repose avant tout sur les données heuristiques, générées par le Système 1.

4.2.5. Analyse M5 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 37 ans, installée depuis 2014 environ, en zone urbaine, dans un cabinet réunissant deux praticiens, elle et un kinésithérapeute, en Secteur 1.

Formation initiale: DESC d'urgences

Autres activités :

- A exercé comme urgentiste pendant 3 ans après son internat, de 2010 à 2013 environ,
- Actuellement réalise un DU d'esthétique.

Formation continue : sous forme de groupes de pairs, une fois par an.

Estime sa proportion de patientèle pédiatrique à 30%, et nourrissons de 0 à 2 ans à 10%.

- Abord de l'entretien :

Dynamique et disponible.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : définition claire et étayée (« *c'est avant tout un tableau clinique en fonction de l'âge de l'enfant, ses antécédents, de son état général* », « *le diagnostic pour moi c'est clinique, pas de prélèvements* », « *en période hivernal* », « *contexte environnemental* », « *on est assez alerté sur les épidémies* », « *en général quand un enfant a le nez qui coule, un petit fébricule, et des sibilants à l'auscultation, dans un épisode, on est en plein mois de septembre ou octobre, fin, moi je pense pas à d'autres diagnostic, à part ça* »).

Diagnostic différentiel : pas d'ambiguïté diagnostic (« *Sauf si on a un enfant de deux ans qui euh, qui en a fait trois, qui déclarait, voilà, là on bascule sur l'asthme* »).

Prise en charge : Prise en charge conforme aux recommandations HAS, dans la mesure où il s'agit d'une prise en charge uniquement symptomatique, puis surveillance.

La kinésithérapie, par contre, est prescrite à titre systématique (« *Donc Doliprane, DRP, euh, et puis la kiné respi rapidement, puis surveiller le poids, l'alimentation, et voilà. A y est j'ai tout dit.* »).

- Traitement médicamenteux ?: Ne prescrit aucun traitement médicamenteux, ni antibiotiques (« *non, ça reste virale jusqu'à preuve du contraire, donc euh, non je mets pas d'antibiotiques* »), ni béta 2 mimétiques (« *avant de bosser avec des pédiatres, je mettais de la Ventoline en BabyHaler* », « *et en fait beaucoup de pédiatres ne le font pas, que les enfants ont pas les récepteurs qui faut* », « *La prescription classique et c'est vrai c'est celle que j'ai apprise aussi, c'est euh... DRP, Kiné respi quoi, pour tous les petits, donc euh effectivement jsuis pas très euh...BabyHaler, Ventoline, je sais pas y'a une bonne, fin, une bonne efficacité...* »), « *Sauf si on a un enfant de deux ans qui euh, qui en a fait trois, qui déclarait, voilà, là on bascule sur l'asthme* »), ni corticoïdes.

- Place de la kinésithérapie (Le kinésithérapeute inclus dans les prises en charge des bronchiolites traités par M5, est son collègue de cabinet): La kinésithérapie respiratoire est prescrite de manière systématique. M5 se fie à l'avis du kinésithérapeute pour savoir si l'enfant nécessite ou non de la kinésithérapie (« *il le voit le soir même* », « *La prescription classique et c'est vrai c'est celle que j'ai apprise aussi, c'est euh... DRP, Kiné respi quoi, pour tous petits* », « *je mets cinq séances de kiné respi* », « *je réévalue en fonction de l'efficacité de la kiné, de l'amélioration de l'enfant, et en fonction de ce que le kiné me dit* », « *j'en prescris systématiquement. Après si le kiné me dit que finalement euh, il arrive à rien et qu'y a pas besoin, bah y'a pas besoin.* », « *en général je fais toujours une première réévaluation, évaluation par le kiné* »).
 Le kinésithérapeute possède un rôle de surveillance (« *je vois avec le kiné aussi, j'ai un retour de savoir si ça, ça vaut la peine ou pas de continuer la kiné. Est ce qu'il va mieux est ce qu'il remange, fin voilà, est ce que la maman sait bien faire le DRP à la maison, et à ce moment-là avec le kiné on a, fin, on est la porte d'en face donc euh(...)* »).
 Il aide aussi à la gestion de l'inquiétude parentale (« *ouais ça m'arrive rarement, en général les parents sont compréhensifs, ça va, puis je mets quand même un, un gros matelas entre le kiné, moi qui est disponible, les urgences si besoin, euh...* »).

- Evaluation et Gestion de la Gravité : évaluation et gestion de la gravité développées de manière claire et étayée (« *dès la 1ère minute on va dire on s'oriente vers une prise en charge en urgence, ou une prise en charge à domicile, en fonction des critères de gravité de l'enfant ou pas* », « *déjà l'état général de l'enfant, est ce qu'il pleure ou pas dans la salle d'attente, est ce qu'il a des signes de lutte* », « *balancement thoraco abdominal, est ce qu'il tire pour respirer* », « *est ce qu'il boit ses biberons... s'il a rien bu hier soir, rien bu ce matin* », « *la perte de poids en général* »; « *depuis que je suis installée, on va dire que j'en ai vu deux que j'ai dû envoyer tout de suite d'emblée à l'hôpital* », « *je passe un coup de fil, soit la maman, fin ça dépend de l'état de l'enfant c'est pareil hein, donc soit elle peut y aller euh et elle est véhiculée machin, sinon c'est le SAMU hein, SAMU pédiatrique en cas de besoin* » ; « *une fois j'en ai vu un grave, vraiment, j'ai juste ouvert le pyjama, et j'ai dis là c'est bon, il va à l'hôpital tout de suite* », « *voilà il était vraiment en détresse respiratoire* » ; L'âge est un critère possible d'envoi de l'enfant aux urgences. Chez M5, cette limite est placée à 1 mois. On peut noter, soit la méconnaissance de la barrière

fixée par les RBP à 6 semaines, soit une tendance de tolérance au risque chez ce médecin : « *Mais ouais, en dessous d'un mois, je vois pas comment on peut faire autrement à part les urgences, à part l'hospitalisation via les urgences. Entre bah en dessous de trois mois, c'est vraiment l'état clinique mais je pose pas l'indication de l'hospitalisation d'emblée* ».

- Examens complémentaires ? : aucun sauf si fièvre élevée persistante : radio de thorax (« *Mais c'est vrai que si l'enfant il a 40, il plafonne à 40, depuis trois jours et que il est euh, il est limite cyanosé, que il a du mal à respirer, là je partirai pas sur un tableau de bronchiolite, même si y'a des sibilants à l'auscultation, là j'serai plus sur une dyspnée fébrile à aller rechercher et là à ce moment-là je poserai l'indication d'une radio* »).

- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : s'informe auprès de ses collègues spécialistes.

Recommandations HAS de la bronchiolite : non mentionnées ni par le médecin ni par l'enquêteur.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Gère l'inquiétude des parents par sa disponibilité (disponibilité téléphonique ou bien les revoit en consultation si besoin). Elle les rassure également en incluant d'autres acteurs dans la prise en charge ; c'est effectivement un des rôles qu'elle donne au kinésithérapeute. Et en cas d'inquiétude persistante, c'est aussi un rôle qu'elle donne au service d'urgences pédiatrique (« *moi je leur dis tout le temps si ça se passe pas bien, tenez moi au courant, donc euh ils savent que je suis là. En général, ils habitent juste à côté, donc euh, voilà, ils viennent ils appellent, je reste quand même disponible pour eux, et puis eux... et puis en tous cas s'ils ont un doute ils me le ramène. Et puis je vous dis, s'ils sont inquiets, fin, si je vois que ça s'améliore pas, ... E: Vous n'hésitez pas à les revoir,... M5: A les revoir, et puis surtout, passer la main à l'hôpital si jamais je vois que ça s'améliore pas, ou ça va pas à la maison, ou que les parents sont trop inquiets. En général, un autre discours dans d'autre, dans un autre cadre euh, fin voilà, ça passe mieux. Aux urgences, ils ont du Doliprane et une DRP, ils sont contents aussi donc eux. Voilà donc après voilà, mais c'est pas le même cadre et voilà. Mais, mmm, mais ouais, ça m'arrive rarement, fin, ouais ça m'arrive rarement, en général les parents sont compréhensifs, ça va, puis je mets quand même un, un gros matelas entre le kiné, moi qui est disponible, les urgences si besoin, euh...* »).

L'éducation thérapeutique des parents n'est pas explicitée par le médecin, ni relancée spécifiquement par l'enquêteur.

Angoisse parentale : avis mitigé au cours de l'entretien, les parents peuvent être plus ou moins angoissés (« *ça alerte les parents assez vite en général, ils ont tous très peur, moi je les vois très rapidement au cabinet* », « *à Massy, les parents sont pas super inquiets* », « *c'est pas qu'ils sont pas super inquiets mais ils ont l'habitude* » ; « *c'est en général des familles nombreuses, c'est pas leur premier, et c'est pas le prince chéri* »).

Angoisse du médecin : non mentionné ni pas le médecin ni par l'enquêteur.

Notion d'intuition : non mentionnée ni pas le médecin ni par l'enquêteur.

Evolution de sa pratique avec le temps : Notion d'évolution de sa pratique avec le temps, notamment en ce qui concerne la prescription de Ventoline (« *avant de bosser avec des pédiatres, je mettais de la Ventoline en BabyHaler* », « *et en fait beaucoup de pédiatres ne le font pas, ils disent que c'est pas, que les enfants ont pas les récepteurs qui faut* »).

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : non mentionnée ni pas le médecin ni par l'enquêteur.

Avis sur la HAS (premier entretien où cette question est incluse à la grille): Très favorable. Deuxième praticienne à me suggérer que cela est dû à son jeune âge dans la pratique médicale (« *Bah moi j'aime* », « *alors je suis peut être jeune, c'est pour ça que je dis ça, mais euh j'aime bien* », « *fin ça permet vraiment de cadrer les choses et de savoir un petit peu où on en est* », « *je me sens pas agressée* », « *ça peut mener que des choses positives* », « *moi j'aime bien lire les recommandations de la HAS* », « *j'ai la nana de la sécu qui passe assez régulièrement, pour me tenir un petit peu au courant. Après voilà, la sécu c'est très porté sur l'aspect économique* » ; « *C'est important aussi, enfin qu'on fasse parti du système* », « *je pense que si on prend de manière agressive, et qu'on essaye de sortir du système, on peut pas avancer, fin on peut pas faire notre petite médecine dans notre cabinet tous les jours* », « *Faut accepter qu'on fasse parti d'un système* », « *ça fait qu'améliorer un petit peu la prise en charge* », « *je pense que c'est dans le bon sens* » ; « *Quand on voit le travail qui est fait sur l'antibiorésistance et tout ça, ... c'est pas un luxe que de rappeler, voilà que les indications...* », « *Je pense qu'ils nous facilitent un peu, enfin facilite ça va pas être le bon mot, mais qui nous donne des outils pour aller vers une bonne pratique et d'avancer* » ; « *Ca me permet d'avoir du recul aussi sur ce qu'on fait* », « *effectivement, si on commence à faire des prescriptions sur le comptoir de Clamoxyl, ca va pas marcher* » ; « *C'est vrai que quand on a la tête dans le guidon, et qu'on enchaîne les consultations, euh, dans des grosses périodes où il y a beaucoup de monde, c'est vrai que ça permet d'avoir un peu de recul sur la pratique* »).

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de codage particulier.

c) Les biais :

Biais de conformité au groupe :

On peut noter une qualité chez M5. En effet, via son discours, elle décrit qu'elle entretient de nombreux liens avec ses collègues, libéraux ou hospitaliers, qu'elle n'hésite pas à solliciter lorsqu'elle se questionne. Ce qui donne un aspect pluridisciplinaire à sa prise en charge. Lorsque M5 a un doute, elle préfère tenter d'obtenir une réponse rapidement, plutôt que de rester dans l'incertitude.

Cependant, concernant la bronchiolite, elle semble obtenir ses sources d'informations exclusivement via des collègues, médicaux (pédiatres, urgentistes pédiatres) ou paramédicaux (son collègue kinésithérapeute par exemple), pour établir sa prise en charge. Il n'y a pas la notion au cours de l'entretien, d'une autre source médicale. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un biais de conformité au groupe, car elle adapterait sa pratique en fonction des pratiques de ses collègues (*« Non bah moi, avant, avant de passer, avant de bosser avec des pédiatres, je mettais la Ventoline en BabyHaler là, ...Et en fait beaucoup de pédiatres ne le font pas, ils disent que c'est pas, que les enfants ont pas les récepteurs qui faut, voilà. »* ; *« dès que j'hésite ou je sais pas, je prends des conseils avec eux, je les appelle et c'est vrai qu'ils sont pas euh, la prescription classique et c'est vrai que c'est celle que j'ai apprise aussi »* ; *« quand j'ai un soucis j'hésite pas à décrocher mon, fin je bosse avec le téléphone à côté, j'ai Dr XXX (pédiatre) qui est à XXX (nom de la ville anonymisé) qui me répond hyper rapidement, j'ai les urgences de Bécclère en général quand j'ai un soucis et c'est vrai que dès que, dès que j'hésite ou je sais pas, je prends des conseils avec eux, je les appelle »* ; *« je vois avec le kiné aussi, j'ai un retour de savoir si ça, ça vaut la peine ou pas de continuer la kiné. »* ; *« je commence par 5 séances de kiné et après je réévalue en fonction de l'efficacité de la kinésithérapie, de l'amélioration de l'enfant, et en fonction de ce que le kiné me dit, en général il me dit ouais encore deux séances et c'est bon donc eux, du coup je remets deux séances et puis, euh, et puis... »*).

Effet placebo ?: Possibilité non exclue que M5 prescrive en partie de la kinésithérapie respiratoire à but d'effet placebo. Elle précise effectivement qu'intégrer un acteur supplémentaire à sa prise en charge a fonction de rassurer les parents (*« ouais ça m'arrive rarement, en général les parents sont compréhensifs, ça va, puis je mets quand même un, un gros matelas entre le kiné, moi qui est disponible, les urgences si besoin, euh... »*).

Récapitulatif M5 :

Jeune femme médecin de 37 ans, installée depuis peu en médecine générale et ancienne urgentiste, M7 possède une bonne connaissance de la définition de la bronchiolite et de sa prise en charge. Elle prescrit tout de même la kinésithérapie de manière systématique.

La prise en charge est développée complètement en début d'entretien, sans relance de la part de l'enquêteur. La praticienne établit sa démarche de manière algorithmique. Cela est visible dans la construction de son argumentation, et son raisonnement en tiroir (élimination des signes de gravité, établissement du diagnostic, prise en charge).

La prise en charge de M5 est à peu près conforme aux RBP, dans le sens où c'est une prise en charge uniquement symptomatique. La kinésithérapie, sans être au centre de la prise en charge, est tout de même entreprise systématiquement, dès le soir même (pour en général 5 à 7 séances d'après ses dires (*« je commence par cinq séances de kiné et après je réévalue en fonction de l'efficacité de la kinésithérapie, de l'amélioration de l'enfant, et en fonction de ce que le kiné me dit, en général il me dit ouais encore deux séances et c'est bon donc eux, du coup je remets deux séances et puis, euh, et puis... »*)).

Dans sa prise de décision, M5 ne présente pas de biais cognitif au niveau du raisonnement.

Elle présente par contre un biais dans le recueil des informations, sur lesquelles elle se base pour réaliser sa prise en charge. Devant certains éléments de son entretien, il est émis l'hypothèse d'un biais de conformité au groupe. En effet, comme détaillé plus haut, M5 semble se documenter en s'appuyant sur l'avis de ses collègues, spécialistes médicaux ou paramédicaux. Elle tend à adopter un comportement de prise en charge en fonction du leur. Elle ne cherche pas à savoir si leurs conseils sont les bons ou si leur pratique est correcte. Elle leur accorde une totale confiance et ne va pas consulter d'autres sources.

On peut émettre l'hypothèse que c'est par ce biais de conformité au groupe que M5 tend à prescrire, pour tous ses cas de bronchiolites, des séances de kinésithérapie respiratoire en systématique, ayant comme collègue un kinésithérapeute qui y est favorable.

M5 donne au kinésithérapeute un rôle de surveillance, mais aussi de réassurance. Il est possible que la prescription de kinésithérapie en systématique alimente un effet placebo, à l'égard des parents.

Conclusion M5 :

L'entretien de M5 introduit une notion supplémentaire dans l'analyse. Les biais cognitifs peuvent se situer à une seule étape du processus de prise de décision. Le raisonnement de M5 est en effet de type algorithmique, et basé sur des éléments objectifs de son examen clinique. Cependant, le biais cognitif qu'elle présente ne se situe pas au niveau du raisonnement mais au niveau du recueil de l'information. C'est à ce niveau que M5 utilise une heuristique. Le conformisme serait-il induit par l'envie de gagner du temps dans le recueil et le traitement de l'information ? Ou participerait-il à une envie d'appartenir à une communauté ?

4.2.6. Analyse M6 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Homme de 58 ans, installé depuis 2000 en zone urbaine, dans un cabinet associant deux médecins généralistes, en secteur 1. Remplacements de la fin de son internat jusqu'à 2000.

Pas d'autres activités ni formations particulières.

Formation continue : non présente, par ARMP.

Estime sa patientèle pédiatrique à 10% environ.

- Abord de l'entretien :

Chaleureux et légèrement expéditif. A choisi le tutoiement d'emblée. Reste tout l'entretien confortablement installé dans son fauteuil, à vapoter.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : ambiguïtés de définition de la bronchiolite, notamment avec l'asthme, pas de notion d'âge, cerne plutôt bien les principaux symptômes (« *c'est quand même des épidémies euh, t'as des mômes, fébriles ou subfébriles, avec des sibilants, dans un contexte d'épidémie* », « *c'est viral* », « *Si c'est un gamin qui a déjà fait des crises d'asthme, euh, bon, pas toujours facile de savoir si c'est un asthme qui s'est surinfecté ou si c'est vraiment une bronchiolite pure et dure quoi, donc, euh c'est surtout en fonction des antécédents en fait* », « *Quand c'est le dixième gosse que tu vois, fin, bon c'est là que tu te plante faut faire gaffe mais euh, ... quand on t'en voit dix dans la journée, a priori tu te dis que c'est ça, si le même il a rien eu quoi* », « *il fait une bronchiolite, il a 4 ans, que c'est sa troisième* »).

Diagnostic différentiel : Ambiguïtés avec l'asthme (« *Si c'est un gamin qui a déjà fait des crises d'asthme, euh, bon, pas toujours facile de savoir si c'est un asthme qui s'est surinfecté ou si c'est vraiment une bronchiolite pure et dure quoi, donc, euh c'est surtout en fonction des antécédents en fait* »).

Prise en charge : Prise en charge uniquement basée sur la kinésithérapie. Ne mentionne aucune autre mesure, notamment pas les MHD comme la DRP par exemple. Aucun traitement médicamenteux (« *La prise en charge de la bronchiolite? Kiné.* ». Je répète ma question un peu plus loin: toujours la même réponse: « *Kiné* ». Mais il étaye un peu plus sur la raison pour laquelle il ne met pas d'autres traitements: « *Nan mais j'veux dire y'a rien d'autre à faire (rires). Bah on va pas mettre des antibio euh, Ventoline ça sert à rien euh, donc euh, donc euh, c'est vraiment la kiné quoi, y'a pas, y' pas 50 trucs à faire.* »); « *Est ce que tu associe d'autres mesures, hygiéno-diététiques, des choses que tu expliques aux*

parents? » M6: (silence puis souffle) Pfff, bah non. J'ai peut-être tort d'ailleurs, y'a peut-être des trucs à faire mais comme ça y'a rien qui me vient à l'idée ».

- Traitement médicamenteux ?: Aucune thérapeutique médicamenteuse sauf si surinfection pulmonaire, ou asthme (« Bah on va pas mettre des antibiotiques euh, Ventoline ça sert à rien euh, donc euh », « Euh déjà une radio, ça peut m'arriver de mettre bon, bon ça peut m'arriver de mettre un antibiotique si vraiment j'ai un doute mais bon. Si c'est suravéré la bronchiolite bête et méchante euh, euh non, je mets pas d'antibio. Et si c'est des mômes plutôt plus âgés, mais qu'on déjà eu des problèmes d'asthme avéré si tu veux bon, ça peut arriver d'avoir un doute entre la bronchiolite pure et la crise d'asthme qu'on appelle la bronchiolite euh bronchite asthmatiforme, enfin qui a, tu le sais aussi bien que moi qu'y a pas de substrat. Le euh, oui ça peut m'arriver de mettre un peu de Vento mais pff sinon 90% c'est kiné, voilà »).

Absence de prescription de corticoïdes, per os comme en inhalation. Pas de justification sur cette absence de prescription (« E: Y'a en pédiatrie les corticoïdes qui sont prescrits. Alors déjà par voie inhalée. M6: Ouais, sur une bronchiolite? (Rires). Voui c'est une idée (Rires) mais bon, pas la mienne. E: Par voie per os? Type Celestène, Solupred... M6: Non, sur la grosse crise d'asthme éventuellement, mais euh, mais non, pas sur une bronchiolite. »).

- Place de la kinésithérapie : La kinésithérapie représente l'unique traitement de la bronchiolite pour M6. Elle est prescrite donc en systématique (« Donc tu fais systématiquement de la kiné? M6: Ah oui. » ; « le traitement bah c'est la rééducation, la kiné respiratoire et puis voilà, point barre. » ; « La prise en charge de la bronchiolite? Kiné. ». Je répète ma question un peu plus loin: toujours la même réponse: « Kiné » ; « Nan mais j'veux dire y'a rien d'autre à faire (rires). Bah on va pas mettre des antibiotiques euh, Ventoline ça sert à rien euh, donc euh, donc euh, c'est vraiment la kiné quoi, y'a pas, y' pas 50 trucs à faire. » ; « Oui, y'a un numéro euh, que j'ai en période, que là j'ai plus sous la main mais euh, dans les cabinets de kiné, ils l'ont. Oui ils sont assez dispos. Là-dessus sur les gamins ils sont sérieux. »). Pas de données concernant l'origine de cette prescription.

- Evaluation et Gestion de la Gravité :

Evaluation des signes de gravité en fonction de signes cliniques ou de critères sociaux : (« Bah si, si il est en détresse respiratoire, s'il est cyanosé, s'il a un tirage euh, si euh, euh, ... je sais pas je vais te ressortir tous les signes cliniques, mais euh, puis déjà t'as les mômes qui sont, fin je sais pas tu le sens un petit quand ils sont un peu. » ; « Ca peut être la prise en charge des parents, si je pense que les gens vont être euh, vont être assez limite au niveau de la prise en charge, « ouais bah le kiné on verra ça dans 15 jours » euh bon, ça peut arriver de leur dire non, quoi à ce moment-là allez consulter directement euh... »).

Gestion de la gravité : demande à revoir l'enfant en consultation pour une surveillance ou bien les adresse vers une structure de garde si nécessaire. Il est à noter que M6 n'a jamais envoyé un cas de bronchiolite aux urgences (« Bah je mets plus la pression sur des gens que je connais moins, alors disons que donc bon faut surveiller, vous m'appellez

tout de suite le service de garde, je veux le revoir si ça va pas »; « Sur l'hôpital? Directement? Non. » ; « Par contre ça m'est arrivé que des gens aillent aux urgences soit avant soit après d'ailleurs, euh une consultation »).

- Examens complémentaires ? : Radio de thorax « si doute sur un foyer à l'auscultation ».

- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : Non mentionnés par le médecin, ni par l'enquêteur.

Recommandations HAS de la bronchiolite : Non mentionnées par le médecin, même après suggestion de l'enquêteur.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

M6 ne ressent pas d'inquiétudes chez ses patients. Il justifie cela par la relation de confiance médecin-patient qu'il a établi depuis longtemps (*« ça fait longtemps que je les ai les gens, je prends plus de nouveaux patients, donc ils sont plus trop inquiets, ils ont relativement confiance »*).

Cependant, en cas d'inquiétude, il tenterait de rassurer les parents en les informant sur la pathologie et sa prise en charge. Il ferait donc l'éducation thérapeutique des parents en même temps que la réassurance (*« j'essaie de leur expliquer que c'est un virus, que c'est une épidémie, que tous les petits copains du monde, ils sont comme ça » ; « Pour une première bronchiolite d'un petit même euh oui je vais quand même leur expliquer qu'il faut, qu'il peut y avoir des complications, quoi, donc qu'il faut le prendre sérieusement quoi. »*).

Toujours dans le contexte d'éducation thérapeutique aux parents, notion d'affirmation de son autorité pour asseoir sa prise en charge, si nécessaire (*« E: Et s'ils sont demandeurs de Ventoline par exemple, qu'est-ce que tu leur répondrais? M6: Bah que c'est pas, que c'est pas utile, pour la prise en charge euh... que c'est moi le médecin et qu'ils vont voire autre part s'ils en veulent pas (rires) pas plus compliqué que ça (éclats de rires) »*).

Angoisse parentale : Les parents ne sont pas inquiets d'après M6 (*« E: Ok. Comment tu gères l'inquiétude des parents? M6: Euh....Pfff, je te dis, ça fait longtemps que je les ai les gens, je prends plus de nouveaux patients, donc ils sont plus trop inquiets, ils ont relativement confiance. » ; « M6: Est ce qu'ils me posent des questioooooons, euh, pfff, oui sûrement, ils me posent sûrement des questions, ils sont pas plus inquiets que d'autres, pff, comme tout quoi, j'veux dire euh, ... (silence) »*).

Tout de même, petite modération donnée à ces propos un peu plus loin dans l'entretien, où il explique avoir déjà eu des parents qui avaient tout de même été consulter aux urgences après sa consultations parce qu'ils étaient inquiets (*« Soit après parce que, euh, parce qu'ils étaient inquiets, alors peut être que je les ai pas assez rassuré, ou alors peut être que le gars s'était, euh, l'état s'est dégradé ou ça s'arrangeait pas assez vite euh, voilà. »*).

Angoisse du médecin : M6 n'aborde pas directement ce sujet mais il est visible de manière indirecte qu'il n'est pas angoissé par la pathologie. Il rapporte effectivement à plusieurs reprises que la bronchiolite est un diagnostic simple, de prise en charge simple (« *bon c'est pas le plus compliqué des diagnostic.* » ; « *c'est pas franchement dans la complexité ça.* » ; « *Moi ça me pose pas de problèmes particuliers, y'a des trucs plus complexes que ça donc euh (rires), non ça me pose pas grand grand problème.* »). Par ailleurs, il rapporte ne pas percevoir d'inquiétude chez les parents, ce qui lui enlève également un facteur d'angoisse. Le thème ne sera pas directement abordé par l'enquêteur.

Notion d'intuition : Cette notion n'est pas abordée directement, ni par l'enquêteur, ni par le médecin. La notion de « ressenti » est mentionnée spontanément à une reprise par le médecin, au moment de l'expression des signes de gravité (« *Bah si, si il est en détresse respiratoire, s'il est cyanosé, s'il a un tirage euh, si euh, euh, ... je sais pas je vais te ressortir tous les signes cliniques, mais euh, puis déjà t'a les mêmes qui sont, fin je sais pas tu le sens un petit quand ils sont un peu...* »).

Evolution de sa pratique avec le temps : Non abordé, ni par le médecin ni par l'enquêteur.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : Pas d'abord direct de cette question, ni par l'enquêteur ni par le médecin. Mais on remarque, par les expressions, par un langage verbal et non verbal, des arguments pour noter une certaine banalisation ou désintérêt pour la pathologie.

M6 mentionne à plusieurs reprises que la pathologie est pour lui une pathologie simple, que sa prise en charge ne présente aucune complexité particulière (« *bon c'est pas le plus compliqué des diagnostic.* » ; « *c'est pas franchement dans la complexité ça.* » ; « *Moi ça me pose pas de problèmes particuliers, y'a des trucs plus complexes que ça donc euh (rires), non ça me pose pas grand grand problème.* »).

A mes interrogations, il est noté à plusieurs reprises des réponses très concises. M6 peut également tourner en dérision mes questions à certains moments (« *La prise en charge de la bronchiolite? Kiné.* » ; « *E: D'accord. Euh est ce que tu peux me raconter ce que tu fais quand t'as un enfant qui a une bronchiolite, quelle est ta prise en charge? M6: Kiné. (Silence, puis rires)* » ; « *E: Est-ce-que tu peux me dire comment tu fais le diagnostic? M6: C'est-à-dire que j'suis allé à l'école avant quand même (rires). J'ai appris deux ou trois trucs (rires).* »).

A d'autres instants, il est noté par des signes de langage non verbal un ennui ou un désintérêt pour les questions, souffle à plusieurs reprises (« *E: Ca t'arrive d'avoir des ambiguïtés au niveau du diagnostic? M6: (gonfle les joues) pas plus que dans d'autres choses (rires)* » ; « *E: Eet, est ce que tu associe d'autres mesures, hygièno-diététiques, des choses que tu expliques aux parents? M6: (Silence puis souffle) Pfff, bah non. J'ai peut-être tort d'ailleurs, y'a peut-être des trucs à faire mais comme ça y'a rien qui me vient à l'idée.* » ; « *Est ce qu'ils me posent des questioooooons, euh, pfff, oui sûrement, ils me posent sûrement des questions, ils sont plus inquiets que d'autres, pff, comme tout quoi, j'veux dire euh, ... (silence)* »).

Avis sur la HAS : Exprime un manque de confiance dans l'institution de la HAS. Critique les conflits d'intérêt qui seraient à l'origine de certaines recommandations. Déploie l'impuissance du médecin généraliste face à la désinformation («*Les recommandations HAS, euh alors là, on peut généraliser c'est vraiment le grand problème de la médecine générale actuellement, c'est qu'on est au bas de l'échelle, qu'on est paumé, et qu'on est coincé entre les, je vais te donner un exemple après, on est coincé entre ce qui est recommandations officielles, dont on ne sait jamais si ce sont les recommandations économiques, euh, scientifiques, de laboratoire euh, on est un peu paumé au niveau euh, au niveau soutien je vais te dire, donc moi je me base surtout sur mes collègues en qui j'ai confiance, mes collègues spécialisés* » ; «*Ah oui oui ça c'est jamais clair net, comme ça, j'écoute machin ou j'écoute truc* » ; «*alors qu'est-ce qu'on fait, on écoute l'HAS, on écoute le grand patron. Le grand patron il a été payé? il a pas été payé? Il est objectif? Il est pas objectif?* »).

Privilégie ses sources d'informations auprès des collègues spécialistes de son réseau, en qui il a confiance («*Donc moi je me base surtout sur mes collègues en qui j'ai confiance, mes collègues spécialisés. J'ai un bon réseau, donc à la limite je leur téléphone si j'ai un doute* »).

Relativise tout de même ses propos concernant la HAS en fin d'entretien («*Ca c'est quand même un soucis mais bon globalement ils disent pas que des bêtises à l'HAS quand même donc euh, y'a quand même des sources.* » ; «*ça peut être une aide parmi d'autres* »).

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de codage particulier.

c) Les biais:

Biais d'ancrage ? et de disponibilité ? :

«*Je suis pas un grand pionnier moi. Y'a un nouveau truc qui sort, il me faut trois ans pour le prescrire, hein euh, oui oui oui...* ». Par cette phrase, M6 exprime un état d'esprit, qui pourrait être celui de toutes ses prises en charge, de manière générale. M6 possède ses habitudes, et n'est pas adepte du changement. On peut dire qu'il reçoit des informations initiales, les intègre, et perçoit des difficultés à les remettre en question par la suite. Cela rejoint la définition du biais d'ancrage. En effet, celui-ci consiste à donner une importance excessive à une information première. Puis à pondérer toutes les informations ultérieures à partir cette information (ancrage), et donc souvent, à leur donner une importance moindre (ce qui est appelé ajustement insuffisant).

Cette citation de M6 ne concernait pas la bronchiolite particulièrement, mais encore une fois reflétait plutôt un état d'esprit.

Cependant on pourrait se demander si ce biais cognitif n'entrerait pas en jeu également dans sa prise en charge de la bronchiolite.

Il est possible que sa prescription systématique de kinésithérapie repose aussi, en partie, sur ce biais d'ancrage. En effet, au cours de l'entretien, on constate que M6 s'y accroche.

Malgré plusieurs sollicitations, M6 me répète inlassablement que la prise en charge de la bronchiolite se résume au mot « Kiné ». On pourrait émettre l'hypothèse qu'il présenterait certaines difficultés à modérer cette prescription si cela lui était suggéré.

Il semble avoir également des difficultés à y adjoindre de nouveaux éléments. La mention de mesures hygiéno-diététiques (telles que la DRP, fractionnement des repas...), ou même de surveillance n'est pas réalisée spontanément.

Enfin, il est possible que le biais de disponibilité fasse aussi irruption dans ce processus de prise de décision. M6 s'est créé un automatisme de pensée, un raccourci (bronchiolite=kinésithérapie). La kinésithérapie serait le terme le plus facilement mobilisable en mémoire lors d'une présentation de cas de bronchiolite.

Biais de surconfiance ?:

M6 présente-t-il un biais de surconfiance ? Accorde-t-il un excès de valeur à son jugement? Accord-t-il de la valeur à ses choix sur le simple fait d'avoir le titre de médecin? C'est la question que nous pouvons éventuellement nous poser lorsqu'il mentionne son argumentaire hypothétique, à des parents qui demanderaient une prescription médicamenteuse. M6 ne fait alors pas valoir d'arguments médicaux ou physiopathologiques, qui pourraient aiguiller sur la potentielle inefficacité d'un traitement. Il affirme que c'est inutile et assoit son autorité par sa position de « sachant » (*« Bah que c'est pas, que c'est pas utile, pour la prise en charge euh... que c'est moi le médecin et qu'ils vont voire autre part s'ils en veulent pas (rires) pas plus compliqué que ça (éclats de rires)»*).

Cependant, il est possible que ce biais de surconfiance n'ait pas lieu d'être, et que cette assise d'autorité s'inscrive tout simplement dans la volonté de s'épargner une argumentation.

Biais de conformité au groupe ?:

Enfin, nous pouvons nous interroger sur la présence d'un biais de conformité au groupe. Du fait que M6 base ses prises en charge sur les informations qu'il reçoit de ses collègues proches et en qui il a confiance, il est probable qu'il adapte donc ses pratiques en fonction de celles des autres (*« Donc moi je me base surtout sur mes collègues en qui j'ai confiance, mes collègues spécialisés. J'ai un bon réseau, donc à la limite je leur téléphone si j'ai un doute »*). Il est par ailleurs possible que ce cercle de collègue soit assez restreint, ce qui rend un peu plus limité les possibilités d'évolution de sa pratique. Ce biais pourrait donc intervenir dans sa prise en charge de la bronchiolite, même s'il ne mentionne pas ses sources d'informations concernant cette pathologie.

Récapitulatif M6 :

M6 possède environ 30 ans de pratique. La pédiatrie représente environ 10% de sa patientèle.

Il ne précise pas une définition nette de la bronchiolite. Celle-ci est surtout biaisée par des confusions diagnostiques avec l'asthme, et une inadéquation avec l'âge contextuel de l'enfant. Les principaux symptômes posant le diagnostic et le contexte épidémique viral sont connus.

Les recommandations concernant la bronchiolite ne sont pas mentionnées malgré la suggestion de l'enquêteur. Sont-elles connues ? M6 possède par ailleurs une prise en charge plutôt conforme aux RBP. Elle est en effet symptomatique. M6 connaîtrait donc les RBP, du moins partiellement, sans pouvoir citer de sources. En effet, en dehors des antibiotiques pour lequel la justification est évidente pour lui (« *c'est viral* »), M6 n'avance pas de justifications concernant l'absence de prescriptions des autres classes médicamenteuses (Béta 2 mimétiques de courte durée d'action, corticothérapie per os ou inhalée). Cela pourrait tout aussi bien être dû à un manque de relance de l'enquêteur, et non à un manque de connaissances.

La prise en charge de M6 est donc partiellement conforme aux RBP. Elle est bien symptomatique. Par contre, la kinésithérapie est pour lui un traitement incontournable. Elle est prescrite de manière systématique. La raison de cette prescription systématique n'a pas été objet de relances par l'enquêteur. Ce qu'il en attend n'est donc pas connu de manière évidente. Cependant, il semblerait lui attribuer un rôle curatif important. D'une part, il la cite en premier mot de l'entretien, d'emblée, comme résumant à elle seule l'intégralité du traitement. D'autre part, car il rend cette prescription systématique. Et enfin par cette citation, « *si je pense que les gens vont être euh, vont être assez limite au niveau de la prise en charge, E: Ouais, M6: « Ouais bah le kiné on verra ça dans 15 jours », euh bon, ça peut m'arriver de leur dire non, quoi à ce moment-là allez consulter directement euh,...* »), qui montre l'aspect indispensable de la kinésithérapie.

Par contre, nous notons dans la prise en charge de M6, l'absence de mention spontanée de MHD, de surveillance ou d'éducation thérapeutique aux parents.

Quels sont les aspects particuliers de M6 ?

M6 semble avoir tendance à synthétiser une réponse concise et « rapide » face à une situation donnée.

En effet, pour sa prise en charge, il résume à son essence première le traitement (qu'il considère être la kinésithérapie), tout en estompant les mesures accompagnantes. Ainsi, détailler les mesures hygiéno-diététiques, expliquer une DRP, mentionner la nécessité d'un fractionnement des repas, ou d'une surélévation de la tête du lit, etc..., instaurer les principes de la surveillance, sont tout autant de mesures que M6 n'applique pas

spontanément. De même, l'éducation thérapeutique et la gestion des parents ne sont citées qu'après plusieurs relances, et restent peu étayées. Ceci est dû d'après M6 à l'absence d'inquiétude et de questionnement de la part des parents. Cela vient tout de même contredire les quelques cas où les parents se sont rendus aux urgences après sa consultation, car ils étaient « inquiets ».

De la même manière, on peut noter que M6 récupère ses informations médicales via le dire de ses collègues, par téléphone, « s'il a un doute ». Cela est justifié par le manque de confiance qu'il a envers les autorités de manière générale, et qu'il argumente. Mais d'où ses collègues détiennent-ils leurs informations ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que de répertorier par lui-même différentes sources médicales, puis de traiter les informations obtenues, est chronophage. Se renseigner auprès de collègues proches lui permet peut-être, d'épargner du temps. Ce qui engendre un biais de conformité au groupe.

Plus globalement, nous pouvons émettre l'hypothèse que M6 évite les situations qui demande des efforts ou des remises en question. C'est aussi ce qui ressort de sa phrase « *Je suis pas un grand pionnier moi. Y'a un nouveau truc qui sort, il me faut trois ans pour le prescrire, hein euh, oui oui oui...* ». C'est aussi ce qui ressort globalement du langage non verbal de l'entretien, une certaine lassitude à devoir faire un effort de recherche en mémoire et de réflexion, pour répondre aux questions (« *E: Ca t'arrive d'avoir des ambiguïtés au niveau du diagnostic? M6: (gonfle les joues) pas plus que dans d'autres choses (rires)* » ; « *E: Eeet, est ce que tu associe d'autres mesures, hygièno-diététiques, des choses que tu expliques aux parents? M6: (Silence puis souffle) Pfff, bah non. J'ai peut-être tort d'ailleurs, y'a peut-être des trucs à faire mais comme ça y'a rien qui me vient à l'idée.* » ; « *M6: Est ce qu'ils me posent des questioooons, euh, pfff, oui sûrement, ils me posent sûrement des questions, ils sont plus inquiets que d'autres, pff, comme tout quoi, j'veux dire euh, ... (silence)* »). C'est peut-être aussi ce qui le pousse à tourner en dérision d'autres questions (« *E: Est-ce-que tu peux me dire comment tu fais le diagnostic ? M6: C'est-à-dire que j'suis allé à l'école avant quand même (rires). J'ai appris deux ou trois trucs (rires).* »).

Ainsi, le biais d'ancrage, de disponibilité et de conformité pourraient apparaître chez M6, dans une logique de gain de temps et d'énergie. Ces biais lui permettent effectivement une économie d'effort réflexif. De même, le fait d'asseoir son autorité ne serait peut-être pas réellement à inscrire dans le cadre d'un biais de surconfiance, mais plutôt dans une logique d'éviter une justification.

Conclusion M6 :

Chez M6, les biais cognitifs semblent surgir dans une logique d'économie de temps et d'énergie. Ils lui permettent d'éviter de fournir des efforts cognitifs importants lors de ses prises de décisions. Ils interviennent notamment au niveau du recueil et du traitement de l'information.

4.2.7. Analyse M7 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 56 ans, installée depuis 1993, en milieu urbain, seule, en secteur 1.

Formations initiales : après la soutenance de sa thèse dans les années 1990, M5 passe un diplôme universitaire de Santé et Développement de l'Enfant (avec réalisation d'un mémoire concernant l'intérêt de la scolarisation des enfants de 2 ans dans l'apprentissage du langage).

Autres activités :

- A travaillé en PMI pendant plus de 10 ans, en parallèle à son activité de médecine générale. N'a actuellement pas d'autres activités parallèles.

Formation continue : Formations MDPC, « de temps en temps mais pas beaucoup ».

Aime beaucoup la pédiatrie, qui représente son domaine de prédilection. Sa patientèle pédiatrique de moins de dix ans est estimée à 10% environ.

- Abord de l'entretien :

Médecin très disposée à la rencontre. A la demande de prévoir 30 minutes d'entretien, elle rétorque « j'en prévois alors 45 car je suis très bavarde ». Accueil chaleureux (« ça fait partie du quotidien »).

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : Non explicitée, mentionne indirectement à l'entretien les symptômes devant évoquer le diagnostic (« gêne respiratoire », « recherche de sibilants »), évoque le terrain (nourrisson), ainsi qu'un contexte hivernal, pathologie « virale ».

Diagnostic différentiel : Non abordé ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Prise en charge :

Plutôt non conforme aux RCP en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, qui sont systématiques (notamment de la corticothérapie per os, éventuellement ajout de bêta 2 mimétiques de courte durée d'action).

Adjonction de MHD (« Alors, ça c'est, je leur conseille un truc que je conseille, mais c'est presque heu, je l'ai lu nul part, c'est une espèce d'idée que j'ai. Instinctive. Je dis aux parents de ne pas forcer l'enfant à manger. Pour justement pas qu'il vomisse, pour pas qu'il s'étouffe dans son manger », « Mmm, quand c'est un enfant qui en âge de manger, bah à la limite de ne pas lui donner de biberon, ne serait-ce que 48 heures, mais uniquement du solide, parce

que j'explique aux parents que pour un bébé qui a du mal à respirer, manger du solide c'est beaucoup plus simple que de téter un biberon. » ; Proclive dorsal: « Euh, de le coucher, euh de pas le coucher à plat, mais de le coucher demi-assis. »).

Surveillance : principalement à l'initiative des parents (*« De me le ramener si euh, si elle sait pas trop et qu'elle est inquiète » ; « En fait je ne dis jamais aux parents de revenir, euh systématiquement. Je dis pas: « revenez dans deux jours ». C'est plutôt: « Si vous êtes inquiets, ... » ; « J'ai horreur de dire aux gens de revenir. Je ne le dis jamais d'ailleurs. J'ai peut-être tort »*).

- Traitement médicamenteux ?: *« Après, grand 3. Le traitement. »*

⇒ Corticothérapie per os (Célestène gouttes).

Prescription systématique.

« bah déjà le traitement médical, bien évidemment. Moi je donne toujours de la cortisone. », « En fonction de l'état de l'enfant je vais peut-être dire à la maman d'en donner tout de suite ou en fonction de l'heure de la journée, de son état, vraiment de gravité. », « Si l'enfant bah.. est pas bien, je vais lui dire d'en donner bien d'aller l'acheter puis de leur donner tout de suite, renouveler la dose une ou deux heures plus tard si elle le trouve encore gêné » ; « si je trouve que l'enfant ne va pas si mal que ça, je lui donne juste de la, du Celestène, 4-5 jours, et c'est tout ».

Attentes de la corticothérapie per os: *« Pour son effet anti-inflammatoire », « Rapide »*. Lui permet de temporiser l'envoi aux urgences, avec une posologie adaptée à la « sévérité » des symptômes: *« Quand je vois l'enfant, alors pareil, toujours pareil. Une espèce d'alternative entre euh... on va faire des doses de charge et aaaa avant de l'envoyer aux urgences, voyez? C'est ça, un espèce d'état intermédiaire euh... » ; « Mmm, mais en même temps faut bien que je leur donne un truc qui soit efficace rapidement, même si je trouve que ben souvent la corticothérapie, c'est quand même efficace rapidement. Oui, c'est une alternative on va dire. On pourrait dire ça ».*

⇒ Béta 2 mimétiques de courte durée d'action (Ventoline): (*« je peux donner des, de la Ventoline en... en Baby-Haler »*).

Prescrit également en alternative à un envoi de l'enfant aux urgences :

(« (silence). Peut-être un espèce d'état intermédiaire où t'as pas envie d'envoyer l'enfant aux urgences parce que malgré tout tu sens bien que ça relève pas des urgences, mais peut-être, ..., c'est compliqué! Comme euh... parce que si vous voulez, le truc des urgences, certes l'hôpital il est pas loin, mais tu sais qu'ils vont y passer six heures quand même. Donc euh... avec un bébé, bon. Donc, voilà, c'est une espèce d'alternative peut être? »)

Traitement pas systématique du fait de sa difficulté d'administration et de la nécessité d'éducation thérapeutique, contrairement à la corticothérapie per os, plus facile d'administration (*« C'est plutôt Ventoline qui est pas systématique finalement. », « D'abord parce que c'est très compliqué. Alors que les gouttes de*

Celestène c'est très facile. », « Et honnêtement, la Ventoline avec le Baby Haler, bah moi je suis persuadée qu'y a des parents qui comprennent pas. », « Oui faudrait avoir l'appareil, le... la Ventoline euh... etc... »).

Attente de le Ventoline: *« Pour la dilatation bronchique ».*

⇒ CORTICOTHERAPIE inhalée: Non.

(« alors, quand je donne de la corticothérapie orale, c'est à dire toujours, non je donne pas de la corticothérapie inhalée »).

⇒ ANTIBIOTIQUES: Non (*« Parce que c'est viral (rires) »*).

- Place de la kinésithérapie : en cas d'encombrement important (*« Parce que ma foi, ça m'arrive d'en prescrire, ... »*, *« Bah je prescris de la kiné, quand euh, je vois que l'enfant est gêné »*, *« Qu'il tousse beaucoup. Parce qu'en fait des fois y'a des bébés qui toussent très peu, et qui sont plus sibilants que toussant. »*).

La kinésithérapie serait appréciée par les parents (*« Les parents adorent ça. E: C'est vrai? M7: Eh bé oui. Je sais pas qu'est-ce qu'y a dans un espèce d'inconscient collectif, sur la kiné du bébé »*).

La kinésithérapie rassure les parents (*« Ah bah oui oui oui oui, sans parler que de la bronchiolite, hein, on est dans une dynamique où maintenant tout est grave hein. Les gens sont dans un système où ils se, ..., pour eux tout est grave. E: Et le fait de voire quelqu'un peut être, ça les rassure, de voire le kiné. M7: Bien sûr, bien sûr. Mmm. Oui. »*)

Le kinésithérapeute détient aussi un rôle de surveillance (*« Parce que c'est vrai que l'intérêt du kiné, c'est comme il voit l'enfant, il peut dire, bon, ça va mieux, ou bah non ça va pas retournes chez le médecin. »*).

- Evaluation et Gestion de la Gravité :

Evaluation des signes de tolérance à l'interrogatoire : plutôt étayée.

(« si l'enfant arrive à prendre son biberon », « s'il arrive à prendre le sein », « S'il est obligé de s'arrêter plusieurs fois quand il prend son biberon », « Eventuellement s'il vomit, pendant le biberon ou après, du fait de la gêne respiratoire », « si y'a de la fièvre », « s'il arrive à rester allongé »).

Evaluation des signes de gravité à l'examen clinique : plutôt étayée.

(« l'examen clinique. Alors évidemment, l'auscultation à la recherche de sibilants, et puis les signes de gravité, balancement thoraco-abdominal, et le comblement du creux sus sternal. », « une éventuelle déshydratation. Alors là on est vraiment déjà arrivé dans un truc évolué hein »). Autres critères d'envoi aux urgences : en cas de difficultés de compréhension des parents (*« Après ça dépend aussi du degré de corti... de de d'intelligence des parents, hein. »*). Et enfin, en fonction de l'âge de l'enfant (*« Et puis l'âge de l'enfant bien sûr », « si c'est un bébé qui a moins de 3 mois évidemment que je vais l'envoyer aux urgences beaucoup plus vite qu'un enfant de 18 mois. »*).

Gestion de l'urgence : gradation de l'urgence dont la gestion est résumée dans cette phrase : « *Je vais mettre de la corticothérapie, après si je suis un peu inquiète, je vais rajouter la Ventoline. Et si je suis très inquiète, bah je l'envoie aux urgences* ».

- Examens complémentaires ? : non mentionné, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : Ne se rappelle pas d'où elle tire les sources de sa prise en charge (« *Oui c'est ça, est-ce que je m'en souviens? (Silence, mouvement des mains qui retombent sur la table) Ma pauvre dame* », « *J'ai dû lire des articles, nan?* », « *A une époque de ma vie. A un moment de ma vie, je lisais des articles. J'avoue que j'en lis plus beaucoup. (silence, puis rires). Je sais pas, je sais plus.* »).

Recommandations HAS de la bronchiolite : Ne les connaît pas (« *sans parler de la bronchiolite, je sais pas si y'en a dans la bronchiolite.* » ; « *J'ai pas lu les dernières recommandations sur les bronchiolites.* »).

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Education thérapeutique: explication des signes devant alerter (« *éventuellement d'aller aux urgences si elle sent que la gêne persiste, s'il est toujours gêné pour manger, s'il vomit* »).

Gestion de l'inquiétude des parents : par sa disponibilité (« *De me le ramener si euh, si elle sait pas trop et qu'elle est inquiète* ») ; réassurance si possible, sinon explications des signes devant alerter (« *si j'estime qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter, je leur dis ne vous inquiétez pas.* ») ; (« *j'aime bien conclure ma consultation par « ne vous inquiétez pas » ou euh « inquiétez-vous si vous voyez que... » ça et ça et ça, si vous êtes, « si vous n'êtes pas sûrs, appelez-moi, revenez* », « *En fait je ne dis jamais aux parents de revenir, euh systématiquement. Je dis pas: « revenez dans deux jours ». C'est plutôt: « Si vous êtes inquiets, ... »*).

Notion d'immaturation de certains parents au niveau de l'évaluation de l'état général de leur enfant décrite par M7 : (« *Parce que quand même y'a des parents euh, quand je leur montre... Parfois je suis obligée de leur dire, bah vous voyez votre enfant comment il est gêné pour respirer. Je leur montre le balancement thoraco-abdominal, parce qu'ils le voient pas. Ils se rendent pas compte que c'est un signe de gravité. E: Ouais ils ont pas forcément ça en vue, ils se rendent pas compte de ce que c'est ... M7: Oui, oui oui ils se rendent pas compte que pour un enfant qui en est là, c'est déjà grave.* »).

Angoisse parentale : Mentionné indirectement par endroit (« *De me le ramener si euh, si elle sait pas trop et qu'elle est inquiète.* ») ou directement (« *Ah bah oui oui oui oui, sans parler que de la bronchiolite, hein, on est dans une dynamique où maintenant tout est grave hein. Les gens sont dans un système où ils se, ..., pour eux tout est grave* »).

Angoisse du médecin : Ne mentionne pas directement le fait d'être angoissé par la pathologie elle-même. Mentionne seulement des cas (en général de gravité) ou la situation l'inquiète (« *Je vais mettre de la corticothérapie, après si je suis un peu inquiète, je vais rajouter la Ventoline. Et si je suis très inquiète, bah je l'envoie aux urgences.* »).

Notion d'intuition : Ce thème est particulièrement développé chez ce médecin.

D'une part, la notion d'intuition est spontanément induite par M7 : « *si je trouve que l'enfant ne va pas si mal que ça, je lui donne juste de la, du Celestène, 4-5 jours, et c'est tout.* E: *Ouais.* M7: *Et c'est tout.* E: *Et qu'est-ce qui vous fait juger justement de s'il va bien, s'il va pas bien?* M7: *L'intuition? (rires).* E: *D'accord, c'est intéressant.* M7: *Mais je me fie beaucoup à mon intuition. Ce que je dis d'ailleurs toujours. C'est, c'est, c'est ... Oui je trouve que quand on voit le bébé on se rend compte rapidement de s'il tolère ou pas sa... ses difficultés respiratoires. (silence)*». Un peu plus loin, concernant les MHD (« *Alors, ça c'est, je leur conseille un truc que je conseille, mais c'est presque heu, je l'ai lu nul part, c'est une espèce d'idée que j'ai. Instinctive. Je dis aux parents de ne pas forcer l'enfant à manger* »).

La notion d'intuition semble intervenir dans la gestion d'une situation de gravité : « *E: Un effet global.* M7: *Je vais mettre de la corticothérapie, après si je suis un peu inquiète, je vais rajouter la Ventoline. Et si je suis très inquiète, bah je l'envoie aux urgences.* ». On comprend ici que l'évaluation de l'urgence est évalué sur une impression globale donnée par l'enfant, davantage que sur des signes cliniques précis.

Puis tentative de développement de la notion sur relances de l'enquêteur : « *E: Et dans quel cadre vous pensez par exemple que votre prescription de Ventoline, puisqu'elle n'est pas systématique, dans quelle mesure vous pensez que votre intuition pourrait jouer sur votre prescription? Oui je lui en mets ou non je lui en mets pas.* M7: *Mmm, oui, mmm. Je ne sais pas (rires).* E: *(rires).* M7: *(silence).* *Peut-être un espèce d'état intermédiaire où t'as pas envie d'envoyer l'enfant aux urgences parce que malgré tout tu sens bien que ça relève pas des urgences, mais peut-être, ..., c'est compliqué! Comme euh... parce que si vous voulez, le truc des urgences, certes l'hôpital il est pas loin, mais tu sais qu'ils vont y passer six heures quand même. Donc euh... avec un bébé, bon. Donc, voilà, c'est une espèce d'alternative peut être? » ; « *M7: Ch'ai pas, chai pas, ouais c'est... c'est sûrement ça l'expérience finalement.* ».*

Evolution de sa pratique avec le temps : Plutôt non : « *je pense que ça reste à peu près la même. Honnêtement, je ne pense pas avoir beaucoup changé* ».

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : pas de données évidentes étayant un aspect ou l'autre.

Avis sur la HAS : Plutôt favorable à la HAS, même si ne consulte pas les RBP (« *C'est très très bien. Il faut des recommandations.* », « *La plupart du temps, je les connais pas, mais je me dis que ça serait bien si je les connaissais (rires)...* », « *Je les regarde jamais hein.* », « *C'est pour ça je vous dis c'est bien, nan mais je trouve ça vachement bien les recommandations. Si j'étais étudiante maintenant, je trouverais que c'est bien.* », « *Ah oui oui ça donne un cadre très intéressant bien sûr. On a des arbres décisionnels euh, sans parler de la bronchiolite, je sais pas si y'en a dans la bronchiolite.* »).

- Particularités de codage de cet entretien:

Manque de compréhension des patients de manière générale (« Ah y'a des gens qui ne comprennent rien. E: Ouais, M7: Ca existe vous verrez. ») ou des parents dans la bronchiolite : (« Parce que quand même y'a des parents euh, quand je leur montre... Parfois je suis obligée de leur dire, bah vous voyez votre enfant comment il est gêné pour respirer. Je leur montre le balancement thoraco-abdominal, parce qu'ils le voient pas. Ils se rendent pas compte que c'est un signe de gravité. E: Ouais ils ont pas forcément ça en vue, ils se rendent pas compte de ce que c'est ... M7: Oui, oui oui ils se rendent pas compte que pour un enfant qui en est là, c'est déjà grave. » ; « M7: Et honnêtement, la Ventoline avec le Baby Haler, bah moi je suis persuadée qu'y a des parents qui comprennent pas. » ; « E : Comment vous jugez de la fiabilité... M7: Bah le traitement il est en général il est fiable, c'est plutôt la façon de l'appliquer qui peut ne pas être fiable. Le parent par exemple, peut ne pas être fiable. Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires) Mais là où ça pose problème avec les enfants, c'est les parents hein. Est-ce que le parent est fiable. »).

Expression de la difficulté au cours de l'entretien : (« Mais c'est vraiment euh, voyez-vous me poser des questions qui sont trop compliquées pour moi (petit rire, avec voix aiguë) »).

c) Les biais:

Illusion de contrôle :

«Mmm, mais en même temps faut bien que je leur donne un truc qui soit efficace rapidement, même si je trouve que ben souvent la corticothérapie, c'est quand même efficace rapidement. Oui, c'est une alternative on va dire. On pourrait dire ça ».

L'illusion de contrôle est la tendance à croire que nous avons le pouvoir d'influencer des résultats sur lesquels nous n'avons, en réalité, aucune influence. D'après les recommandations HAS, aucune thérapeutique médicamenteuse n'a d'influence sur l'issue d'une bronchiolite. M7 émet un avis inverse. Pour elle, la corticothérapie par voie générale, en particulier, possède une influence rapide sur une issue favorable à une bronchiolite. Devant une bronchiolite présentant des signes de gravité modérés, la corticothérapie pourrait faire régresser ces symptômes, et éviter un envoi aux urgences. M7 n'appuie pas ces affirmations sur une argumentation. Elle n'a pas de justifications pour soutenir sa prise en charge. Elle ne peut pas citer de sources, car elle ne s'en souvient pas. Elle n'a pas non plus, comme l'a fait M1 par exemple, réalisé d'expérimentation à son cabinet, pour juger d'une différence significative entre les patients traités, et les patients non traités. Sa prise en charge ne repose pas sur des faits rationnels. Cela se voit aussi dans le langage employé (« je trouve que », « on va dire » qui dénote avis personnel subjectif), l'emploi du subjonctif (« on pourrait dire ça », qui dénote une incertitude), l'emploi d'adverbes ou locution adverbiale (« souvent », « quand même »). Cela laisse penser que sa prise en charge repose sur des « illusions », qui lui donne l'impression de contrôler ou d'influencer la situations du patient.

Biais de reprise de contrôle :

Ce biais dénote de la part de celui qui le possède, une tendance à favoriser les informations pour lesquelles une intervention de leur part est nécessaire, même si celle-ci est inappropriée. M7 possède ce biais cognitif. Effectivement, à travers son entretien, nous percevons de sa part une certaine aversion à adresser les patients aux urgences, de manière générale. Cette aversion est reliée à diverses raisons. D'une part, M7 ne se sent pas satisfaite sur le plan professionnel d'adresser un patient aux urgences. Elle a l'impression dans ce cas de se décharger sur les médecins urgentistes, et d'y trouver là une solution de facilité (« *Là, il faut que je l'envoie aux urgences, parce que j'aime pas envoyer les gens aux urgences. Je trouve que c'est un peu une solution de facilité. E: Mmm. M7: C'est pas très satisfaisant pour un exercice médical, de dire dès que tu as un petit truc, allez tiens tu vas aller aux urgences, et puis bon débarras, comme ça je suis tranquille. Je sais que j'ai verrouillé tous les, ... j'aime paaas faire ça. Donc euh, mais quand même, y'a des fois là je me dis il faut que je me fie à mon intuition, y'a quelque chose qui va pas. »*). D'autre part, M7 ressent de la culpabilité à envoyer ses patients aux urgences. En effet, elle cherche à leur épargner l'attente, celle-ci pouvant être longue et pénible. De ce fait, M7 préfère prendre les devants, et favoriser la prise en charge qui nécessite une intervention de sa part. Ainsi, au lieu d'envoyer un patient aux urgences lorsqu'il présente un état clinique « limite », elle prescrit une thérapeutique médicamenteuse (« *Peut-être un espèce d'état intermédiaire où t'as pas envie d'envoyer l'enfant aux urgences parce que malgré tout tu sens bien que ça relève pas des urgences, mais peut-être, ..., c'est compliqué! Comme euh... parce que si vous voulez, le truc des urgences, certes l'hôpital il est pas loin, mais tu sais qu'ils vont y passer six heures quand même. Donc euh... avec un bébé, bon. Donc, voilà, c'est une espèce d'alternative peut être? »*; « *Mmm, mais en même temps faut bien que je leur donne un truc qui soit efficace rapidement »*).

Biais de l'angle mort :

A la question « *comment jugez-vous de la fiabilité du traitement ?* », M7 justifie cette fiabilité par le seul fait qu'elle le prescrive, et même « *qu'on le prescrit* ». Probablement lié au fait que M7 ne puisse pas justifier son traitement de manière plus approfondie, elle ressent le besoin de s'appuyer sur la communauté de médecin. Par contre, elle ne remet pas son traitement en question (même en affirmant ne pas se souvenir des recommandations, ni des sources qui la pousse à poursuivre sa prise en charge). Pour elle, l'hypothèse que son traitement puisse être inefficace ne relève pas d'une erreur de sa prise en charge, mais de celle des parents. Nous notons, par cette difficulté de remise en question, et par l'accentuation des possibles erreur d'autrui, une tendance au biais d'angle mort (« *Bah le traitement il est en général il est fiable, c'est plutôt la façon de l'appliquer qui peut ne pas être fiable. Le parent par exemple, peut ne pas être fiable. Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires) Mais là où ça pose problème avec les enfants, c'est les parents hein. Est-ce-que le parent est fiable. »*).

Biais de désirabilité sociale ?:

Ce biais est évoqué devant les efforts que fait M7 pour épargner des situations

inconfortables à sa patientèle. Notamment, à travers les difficultés qu'elle éprouve à envoyer des patients, dont l'état clinique est incertain, aux urgences (« *parce que si vous voulez, le truc des urgences, certes l'hôpital il est pas loin, mais tu sais qu'ils vont y passer six heures quand même. Donc euh... avec un bébé, bon. Donc, voilà, c'est une espèce d'alternative peut être?* »). Ce biais semble donc avoir une influence sur ses prises de décisions concernant l'envoi d'un enfant atteint de bronchiolite aux urgences.

Cependant, il est possible que ce soit par excès d'empathie, et non par biais de désirabilité sociale, que M7 adopte ce comportement.

Illusion de connaissance asymétrique :

M7 affirme très bien connaître ses patients. A propos des parents, elle pense connaître leur capacité de compréhension ainsi que leur capacité à réagir de manière adaptée. Nous pouvons nous interroger sur les critères qui la font juger de cette bonne compréhension (« *je suis persuadée* ») : (« *Et honnêtement, la Ventoline avec le Baby Haler, bah moi je suis persuadée qu'y a des parents qui comprennent pas.* » ; « *l'intelligence des parents par exemple, c'est, c'est pas un critère médical, mais quand même moi je connais les parents. Je sais ceux qui sont capables de gérer, et ceux qui vont être en panique, ou qui comprennent rien aussi. Y'en a, hein.* »).

Biais de conformisme :

M7 semble appuyer sa conduite de prise en charge selon la conduite d'autrui (et non sur ses recherches personnelles de documentation). Ici, il s'agirait de sa fille, étudiante en médecine (« *Ch', J'suis, j'suis pas sûre qu'il faille encore en donner de la corticothérapie sur les bronchiolites d'ailleurs quand j'y pense. (silence). Faudrait que je demande à ma fille elle en sait...* »). Cette tendance au biais de conformisme semble aussi être étayé par la citation suivante « *Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires)* ». Même si la prise en charge des autres médecins est ici hypothétique, M7 s'y appuie pour son argumentaire. Le fait que la communauté de médecins prescrive ce traitement suffirait à justifier de sa fiabilité.

Récapitulatif M7:

M7 est une praticienne de 56 ans, installée depuis 1993. Elle a dédié une partie de son activité à la pédiatrie (plus de 10 ans d'activité en PMI, réalisation d'un DU de Santé et Développement de l'Enfant), avant de s'installer à temps plein en activité libérale de médecine générale.

Depuis lors, sa part de patientèle pédiatrique (moins de 10 ans pour elle) est estimée à 10%.

M7 semble posséder une bonne définition de la bronchiolite. Elle affirme par contre ne pas connaître les recommandations HAS de la bronchiolite. Sa prise en charge est en partie conforme et non conforme aux RBP.

Elle étaye une large partie symptomatique de sa prise en charge, avec toutes les MHD réalisables. Elle donne une place à la kinésithérapie, dans les cas d'encombrements importants. Elle lui donne également un rôle de réassurance et de surveillance clinique. Elle développe cependant peu la surveillance clinique qu'elle dédie à l'enfant. Celle-ci est plutôt laissée à l'initiative des parents.

La partie non conforme aux RBP repose sur une prescription médicamenteuse systématique de corticothérapie par voie générale, dont M7 attend un effet anti-inflammatoire rapide. Elle prescrit en cas de signes de gravité « intermédiaires » de la Ventoline.

M7 présente plusieurs particularités.

Premièrement, celle de développer de manière importante le concept « d'intuition » dans la prise en charge médicale. En effet, M7 évoque spontanément cette notion dès le début de l'entretien. Elle l'utilise pour définir l'état clinique de l'enfant, et donc d'en déduire à quelle posologie elle va administrer la corticothérapie (« *E: Et qu'est-ce qui vous fait juger justement de s'il va bien, s'il va pas bien? M7: L'intuition? (rires).*»). Elle le confirme un peu plus loin : l'intuition est bien ce qui l'aide à évaluer l'état de gravité clinique d'un nourrisson (« *Mais je me fie beaucoup à mon intuition. Ce que je dis d'ailleurs toujours. C'est, c'est, c'est ... Oui je trouve que quand on voit le bébé on se rend compte rapidement de s'il tolère ou pas sa... ses difficultés respiratoires. (silence)*»). De la même manière, c'est son intuition, sous forme de ressenti négatif, qui va déterminer de manière plus globale sa conduite à tenir, en fonction de la gravité (« *Je vais mettre de la corticothérapie, après si je suis un peu inquiète, je vais rajouter la Ventoline. Et si je suis très inquiète, bah je l'envoie aux urgences.* »). L'intuition intervient même au niveau des MHD, lorsqu'elle imagine ce qui équivaut en fait au fractionnement des repas (« *Alors, ça c'est, je leur conseille un truc que je conseille, mais c'est presque heu, je l'ai lu nul part, c'est une espèce d'idée que j'ai. Instinctive. Je dis aux parents de ne pas forcer l'enfant à manger* »).

L'intuition est donc une notion majeure dans la prise de décision de M7.

Celle-ci base sa prise en charge sur ses idées subjectives et ses ressentis. Elle semble d'ailleurs associer cette notion d'intuition à celle d'expérience médicale (« *c'est sûrement ça l'expérience finalement* », « *être médecin c'est quand même 80% d'expérience j pense. Surtout nous, vieux médecins* » ; « *Euh, voilà, bon, je me suis installée il y a 25 ans, et je me suis forgée, euh, progressivement, sur le terrain.* »).

Pour M7, la notion d'intuition est aussi une compétence qui vient pallier au manque de connaissances. Elle justifie cette nécessité du fait que, de son temps, les connaissances médicales n'étaient pas autant approfondies. Ainsi M7 déclare à propos des RBP de la HAS : « *Si j'étais étudiante maintenant, je trouverais que c'est bien.* ». Ce qui dénote le fait qu'elle n'en ressent peut-être plus le besoin actuellement, ayant été forgée à une autre époque (« *A une époque où, euh, la bronchiolite, je pense qu'on ne savait même pas que ça existait.* » ; « *Surtout nous, vieux médecins, parce que nous quand on a fait nos études, c'était quand même au Moyen-Âge. Quand je vois ce que les jeunes savent maintenant. Je me dis moi je suis sorti de la fac, j'savais rien hein. On avait, on avait pas de stages chez le médecin hein.* », « *moi je trouve qu'on est dans des générations où euh on s'est forgé sur le*

tas hein euh, donc euh. Du coup chez nous, je pense que l'expérience est peut-être... », « L'intuition en médecine générale. Je dis ça à ma fille qui est en 5ème année, tout le temps. Mais elle n'est qu'en 5ème année alors elle ne le sait pas encore. »).

De manière inversement proportionnelle, les connaissances et évaluations objectives prennent une place moins importante dans les prises de décision de M7. Elle ne connaît pas les RBP concernant la bronchiolite et ne sait plus sur quelles sources elle base sa prise en charge (« *Oui c'est ça, est-ce que je m'en souviens? (Silence, mouvement des mains qui retombent sur la table) Ma pauvre dame. », « J'ai dû lire des articles, nan? », « A une époque de ma vie. A un moment de ma vie, je lisais des articles. J'avoue que j'en lis plus beaucoup. (silence, puis rires). Je sais pas, je sais plus. ») . Pourtant, elle ne dénigre pas les institutions de références médicales. Elle a bonne opinion de la HAS. Elle reconnaît même ne pas mettre assez ses connaissances à jour (« *Bah probablement pas suffisamment (rires). », « C'est très très bien. Il faut des recommandations. », « La plupart du temps, je les connais pas, mais je me dis que ça serait bien si je les connaissais (rires)... », « Je les regarde jamais hein. », « C'est pour ça je vous dis c'est bien, nan mais je trouve ça vachement bien les recommandations. » ; « Ah oui oui ça donne un cadre très intéressant bien sûr. On a des arbres décisionnels euh, sans parler de la bronchiolite, je sais pas si y'en a dans la bronchiolite. »).**

Ainsi, nous pouvons déduire de ces observations que le raisonnement de M7 est basé préférentiellement sur le Système 1 (Système 1 version heuristiques, irrationalité et raisonnement intuitif) que sur le Système 2 (rationalité, raisonnement déductif). De cette hyperstimulation du Système 1, et cette déshabitude du Système 2, M7 démontre des difficultés à une réflexion algorithmique (« *Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires) »).* De là découle peut-être le biais d'angle mort, avec un manque de sens auto-critique.

Deuxièmement, on peut noter chez M7 une aversion à imposer certaines situations, qu'elle juge inconfortables, à ses patients, même si ses situations pouvaient s'avérer nécessaires (biais de désirabilité sociale ?). Ainsi, M7 « a horreur » de dire à ses patients de revenir (en cas de nécessité de surveillance par exemple), tout en avouant qu'elle a « *peut-être tort* » : « *En fait je ne dis jamais aux parents de revenir, euh systématiquement. Je dis pas: « revenez dans deux jours ». C'est plutôt: « Si vous êtes inquiets, ... ». (Reprise inspiratoire)... E: Vous laissez une porte ouverte. M7: Oui toujours. J'ai horreur de dire aux gens de revenir. Je ne le dis jamais d'ailleurs. J'ai peut-être tort. (silence, puis rire) ».* De la même manière, elle « *n'aime pas* » envoyer un patient aux urgences (« *Là, il faut que je l'envoie aux urgences, parce que j'aime pas envoyer les gens aux urgences. Je trouve que c'est un peu une solution de facilité. E: Mmm. M7: C'est pas très satisfaisant pour un exercice médical, de dire dès que tu as un petit truc, allez tiens tu vas aller aux urgences, et puis bon débarras, comme ça je suis tranquille. Je sais que j'ai verrouillé tous les, ... j'aime paaas faire ça. » ; « *parce que si vous voulez, le truc des urgences, certes l'hôpital il est pas loin, mais tu sais qu'ils vont y**

passer 6 heures quand même. Donc euh... avec un bébé, bon. »).

Ces comportements sont responsables d'une tolérance au risque.

M7 attribue parallèlement une importance au fait de trouver une réponse immédiate au problème de son patient, à l'issue de sa consultation (*« Oui, alors on a du relationnel et on est face à un patient où on doit réagir tout de suite » ; « ... fin, bon, nous est face à un patient faut qu'on ait une réponse immédiate hein, donc le patient il vient pas pour que tu lui dise euh revenez dans euh dans trois semaines avec ça d'exams (on formant avec ses mains une pile de papiers). Il veut un truc euh, immédiat, enfin il veut..., je trouve qu'en médecine générale on est quand même dans un système où tu dois répondre au patient, immédiatement et... et là l'intuition elle compte beaucoup. On peut pas se permettre à chaque patient de dire bah tu vas faire ça, tu vas faire ça, tu vas faire ça, puis tu reviendras. »).*

Le désir de trouver une solution rapidement efficace au patient associé à l'envie de lui épargner des consultations supplémentaires (chez elle ou aux urgences) est sûrement responsable du biais de reprise de contrôle.

Pour finir, on peut éventuellement noter chez M7 l'apparition récurrente de critiques concernant la compréhension des parents. Cette constatation peut être confrontée avec les dires d'autres médecins. Par exemple, ceux de M4 (*« qu'ils n'arrivent plus à pleurer, fin... ça les parents ils le sentent quand même, quand l'enfant il est tout mou quoi hein? (rires) »*) ou de M5 (*« Parce que les parents ils sont pas fous, si ça se passe pas bien, ils l'emmènent direct à l'hôpital, ou si ça arrive le week-end, fin, donc euh, ... »*).

Conclusion M7:

L'entretien de M7 nous permet d'illustrer les différences entre les deux versions du Système 1, dont parlait Daniel Kahneman (12). M7 associe sa pratique intuitive à de l'expertise (« expérience »). Il semblerait d'après l'analyse que ses prises de décisions soient plutôt basées sur des heuristiques de jugement.

4.2.8. Analyse M8 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Homme de 59 ans, installé depuis 1989, en zone rurale, seul, en secteur 2.

Formations initiales :

- internat réalisé à l'hôpital Necker, avec une prépondérance de stages pédiatriques.
- DU en Economie de la Santé.
- formation de Dermatologie pendant trois ans à l'APHP.

Autres activités :

- Psychanalyste.

Ne réalise plus de formation continue (par manque de temps).

Aime la pédiatrie, dont il estime la proportion à 40% de sa patientèle (0 à 18ans). Estime à 8% la pédiatrie concernant les enfants de 0 à 2 ans.

- Abord de l'entretien :

Disponible.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : Partiellement connue, certains critères de la définition sont erronés (notamment contexte de fièvre élevée) : (*« le bébé respire pas bien, il est souvent vultueux » ; « le nez qui coule » ; « ça a commencé par une rhinopharyngite euh y'a quatre jours, puis ensuite ça s'est aggravé » ; « euh il peut être très fébrile » ; « Heum c'est plutôt automno-hivernal et euh... et ça évolue par épidémie. » ; « d'origine virale »*).

Diagnostic différentiel : Limites floues entre la bronchiolite, l'asthme, et le terrain atopique. (*« y'a un terrain souvent allergique, soit l'enfant a déjà eu de l'eczéma dès la naissance. Soit les parents sont eux-mêmes allergiques, rhinite ou asthme », « Une bronchiolite sur terrain asthmatique, c'est toujours plus grave »*).

Prise en charge : Peu conforme aux recommandations, car repose sur une large part de traitements médicamenteux (vaccination anti-grippale, corticothérapie inhalée, béta 2 mimétique de courte durée d'action, anti-histaminiques).

MHD citées : *« on hydrate l'enfant » ; « Sur le moment, eh bien, c'est plutôt du Doliprane, on fait baisser la fièvre »*.

Surveillance, réévaluation : « Alors s'il va pas mieux, il reconulte. » ; « on surveille, et au moindre coup dur, pépin, en... même si l'enfant va pas si mal, et que les parents sont anxieux, je leur dit vous revenez. ».

- Traitement médicamenteux ?:

⇒ Vaccination anti-grippale proposée dans la majorité des cas, en préventif: « dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents. ».

Raisons de cette vaccination: « Parce qu'ils risquent de faire une bronchiolite à l'occasion d'un épisode grippal. », « Donc on va faire une prévention là-dessus euh... ou de faire une grippe maligne, ou de faire euh. S'ils ont déjà une fragilité, de ce côté-là euh, le virus grippal étant tellement agressif que à partir de ce moment-là euh vaut mieux prévenir. »

Posologie, stratégie vaccinale: « le vaccin anti-grippal j'crois qu'on peut pas le faire avant trois mois hein » (?); « On fait une demie dose et un mois après une demie-dose. Avant trois mois, on peut pas. Mais ce qui se fait c'est faire du cocooning, donc je vaccine les parents. ».

Source de cette stratégie: « Nan, c'est le bon sens. », « Et puis, c'est l'expérience aussi, c'est l'expérience ». Justification par des chiffres basés sur ses observations: « Des enfants qui ont pas été vaccinés pour la grippe et qui présente une fragilité de ce côté-là euh, iiii... là quand même euh on va dire qu'y'a 20% de chances qu'ils soient hospitalisés euh à l'occasion d'un épisode euh comme ça donc euh. ».

Prescription largement proposée mais non systématique: « C'est difficile... nan, c'est pas tous les enfants, c'est les enfants qui présentent potentiellement un risque euh... », « Aux antécédents familiaux, très très très asthmatiques, ou avec beaucoup d'allergie etc... Soit ceux qui ont fait euh, ceux qui font des otites à répétition aussi, hein, parce que au décours d'une, d'un épisode grippal euh, ils vont nous faire une double otite purulente donc euh voilà, c'est préjudiciable, ça fait encore une antibiothérapie en plus ou bien, bon, chaque fois qu'on peut éviter ça c'est mieux. ».

⇒ Béta 2 mimétique de courte durée d'action: « en systématique », « et euh j'le met sous Ventoline. », « Voilà, toujours avec une chambre d'inhalation bien sûr, au masque », « Il faut qu'il aille mieux rapidement. ».

Raison de sa prescription: bronchodilatation et optimisation de la kiné : « Bah, c'est un bronchodilatateur, que ça ouvre un peu les bronchioles et que ça limite un petit peu, avec une bonne kiné respi, euh, ça apporte plus de confort pour l'enfant. »;

Fonction thérapeutique physiologique, et aussi psychologique : « Y'a un gros avantage à la Ventoline. C'est que mmm c'est un temps thérapeutique où le papa et la maman vont se désangoisser et partager quelque chose avec l'enfant. Et ce temps thérapeutique il a une fonction, pour rassurer tout le monde. L'enfant respirera mieux après une dose de Ventoline. » , « C'est un moment privilégié, oui. Alors que l'enfant a du mal à respirer. », « Mais en fait, moi c'que j'cherche euh c'est l'efficacité par rapport à euh un confort de vie sur un épisode difficile, à surmonter

pour les parents et pour l'enfant. Le reste j'men fou. »;

Agit sur la bronchoconstriction, peut éviter une potentielle complication ou du moins faire en sorte qu'elle soit mieux vécue : « vous avez une pathologie virale, infectieuse, qui évolue dans le temps, qui peut s'aggraver entre temps, que vous voyez à un moment T, et sur lesquels peut-être on pourrait ne pas mettre de Ventoline. Mais ensuite, il survient une aggravation dans la nuit, et là ça sera mal vécu, et si on met la Ventoline, ce sera mieux vécu. Alors j'la met. », « Y'a un état inflammatoire, et y'a une bronchoconstriction qui est euh... qui est euh... comment dire, qui est euh... consécutive à cet état inflammatoire, et donc d'amener à soulager, les parents vous disent, oui il respire mieux avec le Ventoline ». Si par hasard, composante allergique présente non dépistée, agit également sur cette composante: « Si pour peu qu'y ait un terrain allergique qui a été dépisté ou qui a pas été dépisté, ça sera un effet bénéfique. ».

Pas d'évidente réponse sur le fait que les parents soient demandeurs de prescription de Ventoline.

Ventoline administrée dans le doute d'un asthme: « Donc si la Ventoline joue sur le terrain asthmatique, ça va diminuer la gravité de la bronchiolite. Même si la Ventoline n'est pas... le médicament, enfin un médicament euh, la panacée par rapport à la bronchiolite. Bon. ».

- ⇒ Corticothérapie inhalée: *« Ouais peut être avec les corticoïdes, si y'a des antécédents, euh, d'asthme ouais, peut être utiliser les corticoïdes inhalés, en complément, si nécessaire euh ... chez l'enfant de plus de deux ans ouaïss. C'est possible ».*
- ⇒ Traitement anti-histaminique: *« si y'a des notions possibles d'allergie et qu'y a un chat dans la maison, mais que le chat euh, il est là depuis huit ans, et qu'il est hors de question qu'on l'enlève, et que tout le monde est allergique aux poils de chat euh, et bah peut être qu'on va mettre un antihistaminique en plus euh, pour essayer de diminuer un petit peu, au moins sur la sphère ORL, qui aura une incidence sur la sphère pulmonaire dans un 2ème temps par ricochet, m'enfin voilà quoi. Un peu une ptite sauce. ».*
- ⇒ Corticothérapie par voie générale : *Non (« vous venez avec un enfant qui a une bronchiolite et une laryngite aiguë, il va avoir du Celestène à cause de la laryngite, d'accord? Mais eumm je donne pas parce que sur ce que j'en ai lu euh ça se justifie pas quoi. »).*
- Place de la kinésithérapie : *systématique : « Je prescris le nombre de...euh... euh six ou huit, et je mets en fonction de la clinique. Après euh l'enfant n'est plus encombré, il arrête, il en fait trois, ça suffit ça suffit euh. ».*

La kinésithérapie pratiquée de manière plus intensive pourrait remplacer l'efficacité des médicaments, en milieu hospitalier (« Parce que les les les pneumologues ils disent nan nan il suffit de bien hydrater et de faire la kiné, c'est le discours un petit peu d'un certain

nombre de pneumologues. Mais ça c'est bien quand on est hospitalisé, ça pose pas de problème, le kiné va passer euh, cinq fois dans la journée, bon d'accord. »).

- Evaluation et Gestion de la Gravité :

« Ah bah ça dépend de la gravité des signes », « s'il a une respiration qui est plutôt abdominale, si euh il est un peu bleu euh, s'il est hypotonique euh, s'il a du mal à suivre le regard enfin à avoir euh, enfin on sent que si ça fait 48 heures qu'il mange mal euh, bon, euh, s'il a une perte de poids, bon, là euh... faut pas hésiter, faut pas hésiter. » ; « si j'ai l'impression que l'enfant est un peu mou, euh... il est un peu bleu, il mange pas bien depuis... ça dépend aussi à quel moment les parents l'amène, mais, si je trouve que l'enfant est pas bien, il est hospitalisé. ».

L'âge de l'enfant n'est pas connu pour M8 comme étant un critère d'envoi aux urgences.

- Examens complémentaires ? : non précisé spontanément par le médecin, pas relancé par l'enquêteur.

• Autres codages :

Référentiels et sources d'information : *« Sur l'expérience et l'échange avec des pneumos euh, à l'occasion de de, pas de colloques mais voilà de réunions confraternelles euh, euh... avec les courriers, oui dans le suivi de de certains, ... euh ou même par téléphone euh... et les revues médicales. », « J'devrais lire, j'dois avoir 100 heures de lecture de retard, mais c'est rien, j'parcours, je, y'en a partout ».*

Recommandations HAS de la bronchiolite : *« Oui, ça me dit quelque chose. j'ai dû les lire y'a 4-5 ans, mais je sais pas. E: Ouais. D'accord. M8: Y'a des trucs à savoir? ».*

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

La gestion de l'inquiétude des patients (*« Mon rôle? Les désangoisser, c'est tout »*), et par extension celle des parents est le cœur de la prise en charge de M8 :

« Gérer l'anxiété des parents, c'est quelque chose de capital par rapport à l'enfant va mieux à partir du moment où les parents sont moins anxieux. Ca veut pas dire qu'ils doivent être inconscients, mais bon... ».

Par quels moyens gère-t-il l'inquiétude des parents ?

⇒ Par son attitude rassurante : *« Et c'est, puis c'est, et puis j'aime bien la pédiatrie. E: Vous aimez bien la pédiatrie, d'accord. M8: Et puis j'ai une attitude qui fait que ça doit rassurer les mamans, donc euh. Voilà ».*

⇒ *« En étant disponible » : « on surveille, et au moindre coup dur, pépin, en... même si l'enfant va pas si mal, et que les parents sont anxieux, je leur dit vous revenez. » ; « sur toutes mes ordonnances vous avez un numéro de téléphone de liste*

rouge, qui est le cabinet ici, il est sur liste rouge, ça concerne tous mes patients, vous pouvez m'joindre n'importe quand, quand j'travaille. ».

⇒ *« En les déculpabilisant » : « Y'a pas d'amélioration, vous êtes inquiet, y'a quelque chose qui vous chiffonne, c'est ce que j'arrête pas de dire aux mamans, je leur dis vous savez moi j'connais pas bien votre enfant. Celle qui le connaît le mieux c'est vous. Vous vivez avec lui, etc, y'a un truc qui vous chiffonne. Vous prenez rendez-vous, on se voit. Vous venez pour rien, psss, c'est pas grave. ».*

La partie concernant l'éducation thérapeutique n'est pas très développée spontanément, et non relancée par l'enquêteur.

Angoisse parentale : L'angoisse parentale est largement exprimée par M8 (*« Bah les parents sont très angoissés »; « Y'a un gros avantage à la Ventoline. C'est que mmm c'est un temps thérapeutique où le papa et la maman vont se désangoisser et partager quelque chose avec l'enfant. Et ce temps thérapeutique il a une fonction, pour rassurer tout le monde. L'enfant respirera mieux après une dose de Ventoline », « Mais en fait, moi c'que j'cherche euh c'est l'efficacité par rapport à euh un confort de vie sur un épisode difficile, à surmonter pour les parents et pour l'enfant. Le reste j'men fou »).*

Angoisse du médecin : Non mentionné, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Notion d'intuition : Evoqué par l'enquêteur, mais non développé par le médecin.

Evolution de sa pratique avec le temps : éventuellement : (*silence, soupir*) *Pfff. Sûrement, ouais. J'pense que la place de la kiné n'était pas si importante que ça. Je me, je pense que oui elle a évolué parce qu'au début il me semble que, il y avait des médecins qui donnait de la théophylline en sirop, on donnait, ils donnaient de la Ventoline aussi en sirop, et ça ça se fait plus maintenant... ».*

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : Non évoqué, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Avis sur la HAS : Très mitigé, notamment en ce qui concerne l'application des RBP sur le terrain de la médecine générale : (*« Pfff, moi je veux bien mais. Bon y'en a qui sont évidentes, d'accord? Y'en a où j'suis pas très surpris parce que c'est ce que j'fais. Et puis, et puis y'en a d'autres où euh, où euh... (se frotte les mains) c'est inapplicable, l'insuffisance cardiaque, c'est inapplicable, y'a des trucs c'est euh incompréhensible. »; « Nan, moi je, je suis dans la, comment disent les américains là, Evidence Based Medicine. C'est euh, j'veux dire, pour une bronchiolite c'est bon. Ce qu'il faut c'est euh quatre idées et puis c'est tout, après on, ça suffit quoi. Quand ils font une plaquette où y'a la relique de trucs, et ça fait 4000 pages euh. Tout se noie, et ça sert strictement à rien. Ensuite, sur l'insuffisance cardiaque c'est absolument imbitable alors eux ils devraient faire... parce que le problème c'est que quand on est à froid, qu'on a deux heures devant soit, qu'on a quelqu'un qui nous commente le truc, c'est très bien, très bien. Quand on est à la fin de la journée, nan, c'est ok, la notion de fraction d'éjection systolique si elle est inférieure à 35 on peut mettre le*

médicament, si elle est supérieure à 45 faut pas le mettre, faut le mettre, bon... E: Ca c'est bien pour l'hôpital (rires) M8: Bon, ok c'est bien pour les prises de têtes de mecs qui font que ça. D'accord? On connaît bien ce que l'on pratique souvent. Bon, moi l'insuffisance cardiaque j'ai trois patients. J'suis désolé j'pratique pas, pas souvent et quand j'les ai, ils sont pas en insuffisance cardiaque puisque l'on fait tout pour qu'ils le soient pas. Donc à partir de ce moment-là, voilà quoi, éventuellement, que l'on me donne une conduite à tenir simple, voilà y'a ça, ça, ça va pas fffut (avec geste de la main pour envoyer) hop, on passe la main, chacun son truc. »).

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de codage particulier.

c) Les biais:

Effet Placebo, à l'égard du patient (l'enfant), mais surtout des parents.

C'est un des arguments qui fait prescrire de la Ventoline à M8. Ce médicament présente un effet « anxiolytique » placebo. C'est également un temps thérapeutique de « partage » entre les parents et l'enfant, qui serait utile à un meilleur vécu de la pathologie.

« Y'a un gros avantage à la Ventoline. C'est que mmm c'est un temps thérapeutique où le papa et la maman vont se désangoisser et partager quelque chose avec l'enfant. ».

« Et ce temps thérapeutique il a une fonction, pour rassurer tout le monde. L'enfant respirera mieux après une dose de Ventoline. », « C'est un moment privilégié, oui. Alors que l'enfant a du mal à respirer. », « Mais en fait, moi c'que j'cherche euh c'est l'efficacité par rapport à euh un confort de vie sur un épisode difficile, à surmonter pour les parents et pour l'enfant. Le reste j'men fou. ».

« Vous avez une pathologie virale, infectieuse, qui évolue dans le temps, qui peut s'aggraver entre temps, que vous voyez à un moment T, et sur lesquels peut-être on pourrait ne pas mettre de Ventoline. Mais ensuite, il survient une aggravation dans la nuit, et là ça sera mal vécu, et si on met la Ventoline, ce sera mieux vécu. Alors j'la met. ».

Effet placebo... et peut-être pensée magique également :

Pour rappel, la pensée magique (notion décrite en psychanalyse) désigne la croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'événements problématiques ou indésirables.

Ce biais apparaîtrait à travers la même citation vue ci-dessus: « Y'a un gros avantage à la Ventoline. C'est que mmm c'est un temps thérapeutique où le papa et la maman vont se désangoisser et partager quelque chose avec l'enfant. Et ce temps thérapeutique il a une fonction, pour rassurer tout le monde. L'enfant respirera mieux après une dose de Ventoline. », « C'est un moment privilégié, oui. Alors que l'enfant a du mal à respirer. ».

Dans la prolongation de l'effet placebo vu précédemment, nous pouvons aussi émettre l'hypothèse de la présence d'une action dérivant de la pensée magique. En effet, alors que dans l'effet placebo, c'est la prescription de Ventoline elle-même qui est visée pour rassurer, dans la pensée magique, il s'agit de donner aux parents le pouvoir de modifier le cours de la situation par leur comportement ou leur pensée. C'est au cours de ce « *temps thérapeutique* » ou « *moment privilégié* », que les parents vont « *se désangoisser* », et que l'enfant va pouvoir mieux respirer. L'administration de Ventoline devient le support de cette pensée.

Ainsi, la phrase « *L'enfant respirera mieux après une dose de Ventoline* » peut être interprétée sous deux versants ; d'une part il est possible que l'enfant respirera mieux d'une fait d'une bronchodilatation hypothétiquement efficace (effet placebo ou non) ; d'autre part, et c'est cet effet qui est appuyé ici par M8, l'enfant respirera mieux grâce à ce temps de détente que les parents partagent avec leur enfant.

Heuristique de simulation :

Cette heuristique apparaît lorsque, dans des situations de prise de décisions, les individus élaborent des scénarios hypothétiques afin d'estimer ce qui en ressortira. C'est-à-dire qu'ils passent chronologiquement en revue les événements dans leur esprit afin d'en évaluer les conséquences probables. Ce sont ces scénarios hypothétiques qui vont faire décider de telle ou telle prise en charge.

En restant toujours sur les motifs de prescription de Ventoline, et en reprenant la citation suivante : « *vous avez une pathologie virale, infectieuse, qui évolue dans le temps, qui peut s'aggraver entre temps, que vous voyez à un moment T, et sur lesquels peut-être on pourrait ne pas mettre de Ventoline. Mais ensuite, il survient une aggravation dans la nuit, et là ça sera mal vécu, et si on met la Ventoline, ce sera mieux vécu. Alors j'la met.* », M8 semble utiliser cette heuristique de simulation. Il élabore des scénarios hypothétiques, qui lui feront prescrire de la Ventoline. C'est l'hypothèse d'une probable aggravation nocturne qui le convainc de s'assurer de cette prescription préventive.

Heuristique de représentativité:

L'heuristique de représentativité est une heuristique qui pousse à créer des analogies entre des catégories du fait de leur similitude. Cette heuristique peut entrer en compte dans la création d'analogie entre la classe « bronchiolite » et « asthme », ou « bronchiolite » et « atonie ». Il est possible que du fait de la similitude des symptômes (notamment symptômes respiratoires et sibilants), des analogies soient réalisées entre les différentes classes. Ainsi, M8 utiliserait les mêmes traitements pour chacune d'entre elles. Il est à noter que le biais de représentativité est majoré par le fait que l'asthme et la bronchiolite possède aussi des frontières étroites de définitions (asthme définie à partir de la 3^{ème} bronchiolite).

Cette heuristique pourrait être responsable de la prescription de plusieurs classes médicamenteuses. Ainsi, la prescription de béta 2 mimétiques, de corticoïdes inhalés, d'anti-histaminiques, et de vaccination anti-grippale y semble reliée.

Analogie avec l'asthme : « Y'a un état inflammatoire, et y'a une bronchoconstriction qui est euh... qui est euh... comment dire, qui est euh... consécutive à cet état inflammatoire, et donc d'amener à soulager, les parents vous disent, oui il respire mieux avec le Ventoline ». « Donc si la Ventoline joue sur le terrain asthmatique, ça va diminuer la gravité de la bronchiolite. Même si la Ventoline n'est pas... le médicament, enfin un médicament euh, la panacée par rapport à la bronchiolite. Bon. » ; « Ouais peut être avec les corticoïdes, si y'a des antécédents, euh, d'asthme ouais, peut être utiliser les corticoïdes inhalés, en complément, si nécessaire euh ... chez l'enfant de plus de 2 ans ouais. C'est possible. » ; « dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents. »

Analogie avec l'atopie: « Si pour peu qu'y ait un terrain allergique qui a été dépisté ou qui a pas été dépisté, ça sera un effet bénéfique. » ; « si y'a des notions possibles d'allergie et qu'y a un chat dans la maison, mais que le chat euh, il est là depuis 8 ans, et qu'il est hors de question qu'on l'enlève, et que tout le monde est allergique aux poils de chat euh, et bah peut être qu'on va mettre un antihistaminique en plus euh, pour essayer de diminuer un petit peu, au moins sur la sphère ORL, qui aura une incidence sur la sphère pulmonaire dans un deuxième temps par ricochet, m'enfin voilà quoi. Un peu une ptite sauce. ».

Biais de surconfiance ? :

« E: D'accord. Et d'où vous avez eu euh, d'où vous basez cette information? C'est, ça c'est vous qui avez décidé? M8: Nan, c'est le bon sens. » (cela à propos de ses indications de vaccinations anti-grippale).

Pour rappel, pour M8, les indications de vaccination anti-grippale sont élargies à: « dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents. »

Il y aurait ici une possible intervention d'un biais de surconfiance.

Biais de reprise de contrôle ?:

En prolongation du paragraphe précédent, M8 tend-il à étendre les situations où une intervention de sa part est nécessaire ? (« c'est que moi je suis très vaccin. Donc euh dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents. »).

Loi des petits nombres :

Utilisation d'observations pouvant être empiriques, dont la taille de l'échantillon est discutable, pour générer des directives de prise en charge (« Et puis, c'est l'expérience aussi, c'est l'expérience. Des enfants qui ont pas été vacciné pour la grippe et qui présente une fragilité de ce côté-là euh, iiiii... là quand même euh on va dire qu'y'a 20% de chances qu'ils soient hospitalisés euh à l'occasion d'un épisode euh comme ça donc euh. E: Vous avez pu constater sur votre patientèle une différence... ? M8: Oui. »).

Biais de conformisme :

Par rapport à la prescription de Ventoline : « *Oui mais ensuite ça s'est, ça s'est prolongé parce que euh, euh, parce que.... ouais parce que ça se faisait, 'fin parce que ça se fait encore. Donc euh... (silence)* ». Justification d'une prescription d'après le comportement similaire d'autres médecins.

Biais de confirmation:

Le biais de confirmation identifie le biais qui consiste à traiter et interpréter l'information pour qu'elle vienne confirmer l'hypothèse que l'on soutient. Ici, ce biais ne concerne pas directement la bronchiolite. Il semble apparaître dans la citation suivante, qui concerne les RCP de la HAS. Il est donc hors sujet ici, mais pourrait peut-être intervenir dans les prises de décisions de M8, de manière générale : « *Pfff, moi je veux bien mais. Bon y'en a qui sont évidentes, d'accord? Y'en a où j'suis pas très surpris parce que c'est ce que j'fais. Et puis, et puis y'en a d'autres où euh, où euh... (se frotte les mains) c'est inapplicable, l'insuffisance cardiaque, c'est inapplicable, y'a des trucs c'est euh incompréhensible* ».

Ainsi, M8 semble juger plus favorablement les RCP qui confirment sa prise en charge, plutôt que celles qui la contredisent. C'est ce qui ressort effectivement de la phrase « *Y'en a où j'suis pas très surpris parce que c'est ce que j'fais* ».

Récapitulatif M8 :

M8 est un médecin de 59 ans, exerçant seul, en zone rurale, et installé depuis 1989.

Il aime la pédiatrie, dont il estime la proportion à 40% (dont 8% de moins de 2 ans).

La définition de la bronchiolite est partiellement connue. Les RBP de la bronchiolite ne semblent plus connues. La prise en charge de la bronchiolite est plutôt non conforme aux RBP. Elle repose sur une large part de traitements médicamenteux.

M8 présente de nombreuses heuristiques et biais : heuristique de représentativité, biais de reprise de contrôle, effet placebo, pensée magique, biais de conformisme et loi des petits nombres.

Nous remarquons une liaison de certains biais entre eux. Le biais de reprise de contrôle est probablement sous-tendu par la surconfiance que M8 accorde à son jugement et à sa prise en charge. C'est le « *bon sens* » dont il parle, et qui lui fait prescrire des vaccinations antigrippales de manière élargie (« *c'est que moi je suis très vaccin. Donc euh dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents.* »). L'heuristique de simulation, l'effet placebo et la pensée magique viennent également renforcer ce biais de reprise de contrôle.

Conclusion M8 :

Il est intéressant de constater que M8 perçoit sa prise en charge comme étant « basée sur les preuves », alors qu'elle repose sur de nombreux heuristiques et biais, qui interagissent entre eux et influencent ses prises de décision. Le lien médecin-parent occupe une place particulière. M8 donne aux prescriptions un rôle incontournable, destiné à améliorer le vécu de la maladie.

4.2.9. Analyse M9 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 60 ans, installée depuis 1989, en milieu urbain, seule, en secteur 1. Réalise des remplacements de 1983 à 1989.

Formations initiales :

- durant ses six premières années de remplacements, réalise des cycles de formation médicale continue, environ une fois par semaine, avec l'équipe de l'hôpital universitaire auquel elle était rattachée, dans toutes les spécialités (endocrinologie, gynécologie, pédiatrie, rhumatologie, dermatologie,...).
- DU d'échographie mammaire,
- DU contraception et orthogénie.

Pas d'autres activités en dehors de la médecine générale.

Formation médicale continue : auprès de FMC Action, en tant que participante, et aussi d'intervenante. Anime également d'autres séminaires.

Apprécie la pédiatrie, dont elle estime sa proportion de patient à 30% (moins de 18 ans). N'arrive pas à estimer la proportion d'enfants de moins de 2 ans.

- Abord de l'entretien :

Réticente lors de l'établissement du rendez-vous, par manque de temps. Réception aimable, réponses concises.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : Non demandée expressément par l'enquêteur, et non spontanément citée par le médecin. Notions données indirectement, de dyspnée, d'infection virale.

Diagnostic différentiel : Pas de données sur ce codage lors de l'entretien.

Prise en charge : Prise en charge conforme aux RBP, totalement symptomatique.

- Insiste sur l'évaluation initiale des signes de tolérance (« *les éléments euh importants euh, euh, j'dirais c'est l'évaluation de l'état général du nourrissons* », « *s'il s'alimente ou pas* », « *s'il vomit ou pas* », « *s'il y a de la fièvre associée ou pas* », « *s'il y a une surinfection associée ou pas* », « *et puis le poids, savoir s'il n'y a pas de problèmes de déshydratation* »), afin d'évaluer rapidement de l'orientation « *si y'a une situation de*

- gravité, euh, je l'adresse à l'hôpital, si y'a pas de situation de gravité, bah en surveillance euh avec les parents en expliquant ».*
- *Insiste également sur la surveillance et l'éducation thérapeutique des parents (« qui doit être surveillé, et que si l'enfant se met à vomir ou à pas manger, ou à avoir de la fièvre euh, à ce moment-là qu'ils reconsultent pour le réévaluer »).*
 - *MHD: « lavage de nez (rires), fractionner la nourriture, euh, et attendre, voire comment ça évolue ».*
 - Traitement médicamenteux ?: *Pas de traitement médicamenteux : « Hum, bah ça dépend, hum en général, ça sert pas à grand-chose, donc euh, donc bah non. Enfin, actuellement, dans les dernières recommandations, il est pas utile de donner un traitement ».*
 - *Pas de Ventoline: « Bah parce qu'à priori euh, 'fin si on est dans les nourrissons, ça sert pas à grand-chose »; « Bah parce que j'ai la notion qu'il n'y a pas de, de euh récepteurs euh qui permettent de tirer un avantage de prescrire de la Ventoline à un nourrisson ».*
 - *Pas d'antibiothérapie: « E: Ok. Donc antibiothérapie? M9: Ça sert à rien. »,*
 - *Corticothérapie inutile: « E: Est ce que les corticoïdes font partie de la prise en charge? M9: J'ai la même notion (raclement de gorge), E: Ouais. (silence) Aussi bien en inhalé que per os? M9: Chez les tout-petits oui. E: Ouais ni l'un ni l'autre ».*
 - Place de la kinésithérapie : *Etait utilisée en systématique avant. Moins utilisée depuis 2-3 ans après lecture d'articles mettant en doute son efficacité. Gardée tout de même dans les cas délicats pour avoir un regard professionnel, partenaire de prise en charge et de surveillance: « avant effectivement on envoyait au kiné pour faire euh de la kiné respiratoire. Euh... y'a des articles disant que ça n'avait pas d'intérêt. J'sais pas j'ai dû lire ça quoi, y'a 2 ans, 3 ans? », « ça n'apportait pas de bénéfices euh, sur l'évolution de la prise en charge, de la maladie », « J'avoue que ça m'arrive encore de m'en servir. En fait je m'en sers parce que c'est une façon de surveiller le nourrisson », « il est vu, tous les jours pendant quelques jours et c'est une façon de surveiller que euh au niveau euh... au niveau respiratoire, bah voilà, y'a pas de choses qui s'aggravent. Et c'est une façon euh voilà, d'savoir que le nourrisson il va être vu euh, il va être contrôlé euh. Et que si y'a un souci euh, il sera redirigé vers les urgences. ».*

Palliation au manque de compréhension des parents: « Avec des familles qui peuvent être des fois, euh, des fois c'est compliqué. Ici je soigne énormément de nationalités différentes, avec des gens qui comprennent pas toujours bien le français, qui n'est pas toujours très sûr voilà, qu'une évaluation d'une situation de gravité va être bien en... comprise ».

Tout de même aussi peut être un rôle de désencombrement: « ça peut éventuellement désencombrer un peu le nourrisson, mais bon j'vous dis que finalement euh, ça avait pas beaucoup d'intérêt pour l'amélioration des choses. », « et que je sens euh le nourrisson euh très encombré. Même s'il paraît que ça n'aide pas à l'évolution positive de la maladie ».

- Evaluation et Gestion de la Gravité :

Evaluation de la gravité : « les éléments euh importants euh, euh, j'dirais c'est l'évaluation de l'état général du nourrisson », « tirage respiratoire, si effectivement il est gêné pour respirer, sa coloration, sa tonicité, effectivement, si ça ce sont des éléments qui sont inquiétant », « et puis le poids, savoir s'il n'y a pas de problèmes de déshydratation ».

Gestion de la gravité : « si y'a une situation de gravité, euh, je l'adresse à l'hôpital », ou si pas de signes de gravité en consultation mais mauvaise évolution suspectée: « Et j'peux même faire une lettre d'ailleurs, parfois, si les choses arrivent pendant le week-end et que je sais que je suis pas là. ».

Examens complémentaires ? : Non précisé par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : HAS, FMC Action, Blogs d'informations médicales. (« Oui c'est les lectures que je, qui, que, ou alors peut être que j'ai été le voire, peut être que je l'ai lu, dans l'HAS, je dis pas le contraire hein. Après je fais aussi parti d'un groupe euh, où euh, il y a régulièrement des lectures qui sont proposées euh, sur des dossiers très diverses et variées, avec des lectures, 'fin c'est quelqu'un en fait qui, qui, qui, comment dire, c'est une sorte de geek on va dire de la médecine »).

Recommandations HAS de la bronchiolite : En est informée, même si ne se rappelle pas où elle les a lues (« Moi je suis quelqu'un d'assez informel dans ma tête (rires). Déjà je sais pas si je l'ai lu dans la HAS mais je ... »); « Mais voilà, c'est, je sais que je le sais. (rires) Oui peut être que l'ai lu dans la HAS, je sais plus, j'me souviens pas. ». « Enfin, actuellement, dans les dernières recommandations, il est pas utile de donner un traitement »).

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Gestion de l'inquiétude des parents : en étant elle-même rassurée: « Bah essentiellement si j'suis pas inquiète. Je, j'veux dire, j'pense que j'suis en capacité d'les rassurer si moi je l'suis c'est un peu différent. »

Education thérapeutique des parents: « Bah les éléments objectifs, c'est à dire euh, voilà, comment euh la tonicité de l'enfant euh, s'il est, si y'a un contact euh, s'il est, oui tonique quoi, tonique euh, dans le, dans l'échange euh, si, comme j'ai dit tout à l'heure euh, il s'alimente, il vomit pas, mmm, ce sont des éléments objectifs que je transmet aux parents. C'est à dire, après l'avoir examiné, et c'est sur ces objectifs là que j'vais dire aux parents s'il y a quelque chose qui change, euh soit ils me rappellent, soit si c'est le week-end, ils s'adressent aux urgences » ; « C'est à dire, après l'avoir examiner, et c'est sur ces objectifs là que j'vais dire aux parents si il y a quelque chose qui change, euh soit ils me rappellent, soit si c'est le week-end, ils s'adressent aux urgences. Et j'peux même faire une lettre d'ailleurs, parfois, si les choses arrivent pendant le week-end et que je sais que je suis pas là. ».

Angoisse parentale : Non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Angoisse du médecin : Non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Notion d'intuition : Ne l'évoque pas spontanément.

A la question de l'enquêteur, reconnaît que c'est une notion qui existe dans sa prise en charge, d'ailleurs plus souvent en pédiatrie. Cette notion lui apparaît plutôt comme un signal d'alerte, quand l'état général de l'enfant paraît peu rassurant, alors que l'examen clinique est normal par ailleurs. Donc plutôt dans des situations cliniques paradoxales ou illogiques (« *Oui, pas que dans les bronchiolites. Euh oui c'est vrai, c'est vrai que des fois, oui remarquez peut-être plutôt en pédiatrie quand même, (reprise inspiratoire), mais oui, des fois on a la sensation qu'on voit un enfant, et on sent que ça va pas. C'est ça que vous voulez dire par intuition?* » ; « *Nan, j'dirais pas souvent, mais ... (silence). 'Fin peut être que si finalement, c'est compliqué comme question* »).

Evolution de sa pratique avec le temps : Oui, la pratique de M9 a évolué avec le temps :

- ⇒ Concernant la Ventoline: « *E: Alors, dans le médicamenteux, vous m'avez dit nan directement, mais bon j'essaye. Euh Ventoline? M9: J'ai fais, je fais plus.* » ; « *Bah parce que j'ai la notion qu'il n'y a pas de, de euh récepteurs euh qui permettent de tirer un avantage de prescrire de la Ventoline à un nourrisson* ».
- ⇒ Concernant la kinésithérapie: « *Ca m'est arrivé alors, avant effectivement on envoyait au kiné pour faire euh de la kiné respiratoire. Euh... y'a des articles disant que ça n'avait pas d'intérêt. J'sais pas j'ai dû lire ça quoi, y'a 2 ans, 3 ans? Que finalement, ça n'apportait pas de bénéfices euh, sur l'évolution de la prise en charge, de la maladie. J'avoue que ça m'arrive encore de m'en servir.* ».

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : pas de données concernant ce codage, pas de relances de l'enquêteur.

Avis sur la HAS : Ne développe pas ses propos, mais y semble favorable (« *E: Et dernière question, comment vous, vous percevez les recommandations de bonnes pratiques? J'ai plutôt eu l'impression jusqu'à maintenant que c'est quelque chose dont vous vous servez. Mais est ce que... M9: Oh bah oui. E: C'est quelque chose que vous intégrez quotidiennement, régulièrement dans votre pratique? M9: J'essaye.* »). En tous cas, pour la bronchiolite, s'y réfère spontanément au cours de l'entretien.

- Particularités de codage de cet entretien:

Pas de codage particulier.

c) Les biais:

Absence de biais retrouvés à cet entretien.

Récapitulatif M9 :

M9 est une femme de 60 ans, installée depuis 1989. Elle apprécie la pédiatrie, dont elle estime la patientèle autour de 30%.

M9 est relativement investie dans la formation médicale continue (participante ou animatrice à FMC Action, séminaires, inscrite sur un Blog internet, lecture d'articles).

La définition de la bronchiolite est peu explicitée dans l'entretien, mais M9 en donne quelques éléments indirectement. Les RBP de la bronchiolite sont connues et intégrées dans l'argumentaire. La prise en charge de M9 est conforme aux RBP et tout à fait symptomatique.

De manière générale, M9 est en capacité de justifier sa prise en charge.

Par exemple, au niveau des prescriptions médicamenteuses, elle peut argumenter l'absence de nécessité de prescription de Ventoline. L'origine « virale » de la pathologie permet d'argumenter l'inutilité des antibiotiques. Elle peut également justifier sa conduite face à la kinésithérapie.

M9 justifie ses réponses en les basant sur diverses sources scientifiques, type lectures d'articles médicaux, ou recommandations officielles.

A noter également dans la conversation avec M9, une remise en question de sa pratique avec le temps. Notamment, elle constate une modification de ses prescriptions médicamenteuses ; avant, elle prescrivait de la Ventoline, maintenant elle n'en prescrit plus. Elle constate également une modification de ses prescriptions concernant la kinésithérapie ; avant, elle semblait systématiquement prescrire, maintenant, elle ne l'est plus. Ainsi, M9 s'investit dans la remise en question de ses connaissances et de sa pratique. Cela dénote une absence de biais d'ancrage à travers cet entretien.

« Comment j'arrive à gérer l'inquiétude des parents? Bah essentiellement si j'suis pas inquiète. Je, j'veux dire, j'pense que j'suis en capacité d'les rassurer si moi je l'suis c'est un peu différent. Bah les éléments objectifs, ... ». M9 ne semble pas chercher à rassurer les parents à tout prix. « Les éléments objectifs » priment avant d'établir ou non cette réassurance. A travers cette phrase, on peut donc noter une absence de tendance à l'effet placebo.

Enfin, la notion d'intuition n'est pas abordée spontanément. A la demande de l'enquêteur, M9 aurait tendance à définir cette notion comme étant un signal d'alarme s'allumant lorsque la situation clinique présenterait une incohérence. Par exemple, un enfant qui montrerait des signes d'altération de l'état général, tout en ayant un examen clinique normal par ailleurs (« ... l'enfant est un peu gris, un peu atone euh... ouais, oui, ... oui » ; « Oui c'était sur la coloration, ch'ai pas y'avait quelque chose qui faisait que l'enfant était un peu gris, j'sais pas comment vous dire, et ... et c'qui faisait qu'il y avait quelque chose qui

était pas rassurant oui... et de fait il avait un problème de ... respiratoire »). La notion d'intuition s'appuierait donc pour M9 sur des signes cliniques objectifs. Elle se rapproche de la notion de Système 1 de l'expert, ou de gut feelings.

Conclusion M9 :

Ainsi, il semble que M9 possède la capacité, lorsque cela est nécessaire, d'inhiber de potentielles heuristiques lors de son raisonnement. Son système de décision s'appuie sur le Système 1 (version expert), avec la capacité de basculer sur son Système 2 en cas de « signal d'alerte ».

Ses informations sont basées et remises à jour, via différentes sources actualisées. M9 intègre ces informations à sa prise en charge lors des consultations.

Ces prises de décisions sont basées sur des éléments objectifs de l'examen clinique, avec un raisonnement de type algorithmique. Ce faisceau d'arguments explique sûrement l'absence de biais cognitifs à l'entretien.

4.2.10. Analyse M10 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Homme de 65 ans, installé depuis 1983, en zone rurale, dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire, en secteur 1. Réalisation de remplacements de 1978 à 1983.

Formations initiales : a réalisé diverses spécialisations après son internat, notamment à l'Institut de Médecine Agricole de Tours, en Médecine Tropicale et Parasitaire, Médecine du Sport, Médecine Hyperbare et Aéronautique.

Autres activités :

- Maître de stage, et généraliste enseignant dans une Université parisienne.

Formation médicale continue : président de l'Association Médecins Sud Essonne depuis 1986 (soirées de formations, séminaires). L'association va être prochainement dissoute par manque d'agrément. A été Président du Conseil Départemental de formation médicale continue jusqu'en 1995.

Apprécie « énormément » la pédiatrie, dont il estime la proportion de sa patientèle à 20 ou 25%. Pratique la pédiatrie du nourrisson (« *on fait beaucoup de pédiatrie, du tout nourrisson hein, du sept jours euh, euh ça démarre direct euh quoi hein* »).

- Abord de l'entretien :

Ambiance très cordiale, et détendue.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : données d'épidémiologie (« *C'est une pathologie quand même qui est fréquente hein, qui est relativement fréquente.* ») ; symptômes non décrits par le médecin spontanément et non relancés par l'enquêteur (« *Les symptômes on va pas les reprendre ici mais, euh ce sont des symptômes qui sont très vite évocateurs pour la maman* »).

Diagnostic différentiel : non évoqué, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Prise en charge : « symptomatique » et « légère », d'après M10.

Cependant, plutôt non conforme aux RBP de la HAS, avec une large prescription de classes médicamenteuses : béta 2 mimétiques courte durée d'action, corticothérapie inhalée, corticothérapie per os.

Les MHD sont représentées principalement par la DRP (« un drainage, un lavage nasal »).

Surveillance, avec réévaluation si nécessaire en consultation, ou à distance (par mail) :
« Voilà euh, que dire de plus, certains enfants on est amené à demander un contrôle dans les 4-5 jours qui suivent, c'est à dire que quand on est entre la limite entre l'hospitalisation et puis le tout va bien euhh, moi je demande facilement à les revoir 4-5 jours après, hein. »,
« Hein un passage, c'est pas une consultation hein c'est un passage, on voit avec la maman, voilà il va bien, euh, est ce qu'il remange, est ce que voilà, simplement, euh... », « Quand c'est pas possible et que c'est compliqué pour la maman, ça se passe par euh, par mail en fait ».

- Traitement médicamenteux ?: « C'est largement suffisant ».

- ⇒ Béta 2 mimétique d'action rapide : systématique (« ce qui est intéressant, c'est ce que j'ai omis de dire tout à l'heure, c'était aussi, le ... de... le, la chambre d'inhalation. Hein, le BabyHaler avec Ventoline et Bécotide, bien évidemment, c'est, c'est, c'est quelque chose de base, hein » ; « j'avais faire une prescription de BabyHaler si la maman n'en a pas », « J'avais faire une prescription de Ventoline, avec 1 bouffée 2 à 3 fois par jour en fonction de l'évolution du bébé, du tirage »). Attente de la Ventoline : bronchodilatation (« Euh, le bronchospasme là, je mets de la Ventoline, tout le temps. » ; « Ah la Ventoline, c'est euh, la Ventoline c'est le bronchospasme, quand y'a un gros gros tirage intercostal... »).
- ⇒ Corticothérapie inhalée : systématique (« ce qui est intéressant, c'est ce que j'ai omis de dire tout à l'heure, c'était aussi, le ... de... le, la chambre d'inhalation. Hein, le BabyHaler avec Ventoline et Bécotide, bien évidemment, c'est, c'est, c'est quelque chose de base, hein » ; « Et j'avais faire une prescription ensuite de Bécotide, 1 bouffée matin et soir systématiquement pendant 15 jours. »). Attente de la corticothérapie inhalée : Renforcer durablement la bronchodilatation (« La corticothérapie inhalée euh, je la prescris systématiquement puisque c'est l'inflammation qui crée le bronchospasme » ; « ...Hein euh à mon avis. Euh, dans ma vision des choses, si on laisse l'inflammation bronchique en place, le bronchospasme se se se... », « Oui se perpé... se pérennise, plus longtemps que possible. Et pour éviter le retour du bronchospasme, je laisse la corticothérapie beaucoup plus longtemps que la Ventoline, bien évidemment »).
- ⇒ Corticothérapie per os : pas systématiquement, en cas de signes de gravité, avec comme attente une levée plus importante du bronchospasme (« Je peux rajouter, ça m'arrive d'ajouter de la corticothérapie per os, parfois, mais pas tout le temps », « Celestène, per os, etc », « Voilà. Avec, en fonction de l'état... d'importance du bronchospasme, Celestène ou pas Celestène » ; « Ensuite, dans les deux premiers jours, je rajoute de la cortisone, du Celestène per os, si vraiment y'a un bronchospasme qui me semble vraiment très important » ; « pour les plus graves, et ça dure 48 heures, euh voilà, à dose 1mg/kg. E: D'accord. 48heures, oui »).

bah c'est ... M10: Juste pour lever le bronchospasme, voilà. Mais en aucun cas c'est une corticothérapie euh prolongée. ».

La corticothérapie per os commencerait à être controversée (« et euh, la corticothérapie qui euh la aussi aussi, c'est ... commence à être très très controversé (rires) »).

⇒ Antibiotiques : Non. « *J'en prescris plus du tout* »; « *Donc ça a simplifié largement l'ordonnance hein* ». Notion de pression parentale parfois, en ce qui concerne cette absence de prescription (« *Ca reste encore une demande très très euh... là il faut justifier effectivement, euh, afin d'expliquer pourquoi on donne pas d'antibiotiques. Ca c'est clair, hein, parce que c'est quand même viral, y'a de la fièvre, euh, le bébé va pas bien, ou le petit enfant va pas bien, voilà. Y'a quand même une bonne partie de la population, et de jeunes mamans qui euh arrivent, ou de papas hein euh, qui arrivent à se dire ouais c'est bien qu'y ait pas d'antibiotiques, moi je suis vachement content, euh, et tout va bien comme ça, mais c'est encore pas une majorité. Enfin...* »).

- Place de la kinésithérapie :

Au cas par cas, en fonction de l'encombrement bronchique du nourrisson (« et éventuellement kinésithérapie deux à trois séances de kinésithérapie thoracique et respiratoire, si c'est, si c'est encombré. » ; « c'est pas tous les bébés, c'est les bébés qui sont les plus encombrés, euh, plus au début pour l'aider à désencombrer ça et après il se débrouille seul pour euh, se guérir. » ; « Alors, c'est vraiment pas à titre systématique, c'est sur des tableaux bâtards, où il y a à la fois une bronchiolite et à la fois un encombrement bronchique malgré tout. Voilà, c'est des bronchiolites avec très faible bronchospasme et avec un encombrement bronchique ou trachéal ou trachéo-bronchique qui est quand même relativement important hein où le, le le le bébé râle, grailonne, enfin bon, des râles gras, qui voilà. Donc là je demande à me faire un peu d'expression au bébé, mais une ou deux séances la plupart du temps, c'est c'est largement suffisant »).

Notion de controverse récente de la kinésithérapie (« avec euh, depuis quelques temps, une euh, un peu une polémique sur kinésithérapie ou pas kinésithérapie » ; « et voilà, moi j'ai pas encore eu l'occasion de discuter avec eux, euh mais je sais qu'il y a eu des études récentes qui sembleraient objectiver que ça, voilà que ça a pas d'apport, voilà que c'était controversé »).

Affirme sa position actuelle face à la controverse : « alors pour l'instant moi j'en reste avec la kinésithérapie (air décidé, petite pause). Jusqu'à preuve du contraire euh, euh voilà, faut pas faire 50 000 séances mais une ou deux séances dans les premiers jours, ça aide déjà pas mal, et puis euh, et puis euh, un drainage, un lavage nasal, etc ».

Cependant, pense que la kinésithérapie a moins sa place qu'auparavant. Les expectorants, utilisés à l'époque, encombraient les nourrissons d'après M10, et

rendaient la kinésithérapie obligatoire, ce qui n'est plus le cas actuellement (« *Et du coup la kinésithérapie, heu, était vraiment très nécessaire à l'époque. Parce que comme on fluidifiait les sécrétions, ils avaient tendance à se noyer les gamins, et donc du coup, les kinés évitaient...* », « *Et plus on a allégé les traitements de la bronchiolite et ... et...* », « *Plus ça a fait en sorte que la kinésithérapie euh, euh, euh, ai moins sa place, c'est ça. Certainement.* » ; « *Et donc en fait, euh maintenant je trouve que ça a beaucoup moins d'intérêt parce que en fait bien souvent le kiné, bah finalement ne lève pas le bronchospasme* » ; « *Mais du coup, y'a un traitement anti-inflammatoire, y'a un bronchodilatateur, y'a pas forcément une grosse, un gros encombrement. Puisqu'on les encombre plus (rires). Et du coup, euh, la kinésithérapie a moins de sens.* »).

- Evaluation et gestion de la gravité:

Evaluation : « *on va juger effectivement du degré de gravité aussi hein, de l'enfant, du degré de, euh, si y'a des cyanoses, si y'a une euh... si y'a une respiration paradoxale, des choses comme ça.* », « *ou si y'a une prématurité avant, si y'a des risques de complications trop importantes ou trop directes, nous on prend pas le risque de le garder à domicile, ça c'est clair* ».

Gestion : « *Et puis euh, euh on va mettre en place soit un transfert, pour nous c'est sur Dourdan, hein si vraiment l'enfant est...* » ; « *si y'a des risques de complications trop importantes ou trop directes, nous on prend pas le risque de le garder à domicile, ça c'est clair* ».

- Examens complémentaires ? : non évoqué par le médecin, ni l'enquêteur.

• Autres codages :

Référentiels et sources d'information : Principalement la pratique. Secondairement, des articles, ou un séminaire.

« *Ah alors, le référentiel c'est la pratique.* » ; « *Un référentiel de pratique, euh avec euh, au fur et à mesure du temps, de passage de la lecture, euh, de ...* » ; « *Alors ça c'est un petit peu brut de décoffrage parce que euh... le dernier article de bronchiolite que j'ai du lire, ça doit remonter à quelques années* », « *Sauf sur le...le, le, les rapports de l'étude sur la kinésithérapie. Voilà.* », « *Ouais ça c'est plus récent* » ; « *Ah mais oui alors les référentiels les plus importants, ce sont les référentiels de formation médicale continue.* » ; « *Alors... c'était un pédiatre pneumologue qui venait de Bicêtre, dont je ne me souviens pas le nom, euh, qui nous avait fait toute une soirée sur la prise en charge de la bronchiolite euh.* », « *c'était depuis les sept dernières années, peut-être 2014-2015, quelque chose comme ça.* » ; « *Après les articles, c'est souvent les articles qui se passent dans le quotidien, parce qu'on a le quotidien tous les jours.* » ; « *enfin comme avant j'étais dans l'ancien cabinet, mmm, y'a toujours des lectures croisés entre les confrères. Il traîne, le quotidien traîne et on dit, tiens t'as vu euh, etc ...* » ; « *... des débats croisés. Et du coup, l'information qui arrive à l'un, est rapidement véhiculée sur les autres. Hein, voilà* ».

Recommandations HAS de la bronchiolite : « Alors oui si. J'en ai eu vent. », « Mais euh, du coup là euh », « Euh... Ca fait longtemps j'ai ... », « Alors c'est pas tout récent. C'est pas tout récent récent, nan. ».

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Réassurance des parents par l'éducation thérapeutique :

« Nous ce qu'on en fait des bronchiolites, déjà euh, euh il y a une pédagogie vis-vis de la maman. C'est vraiment très très important. », « Parce que c'est très très anxiogène la bronchiolite », « Hein, c'est... il faut savoir la reconnaître. », « Que la maman puisse la reconnaître, à part un gros rhume, euh... une petite bronchite ou une bronchiolite, euh voilà, on leur apprend à reconnaître facilement ou à reconnaître euh un tirage au niveau thoracique de l'enfant, voilà bon. », « Les symptômes on va pas les reprendre ici mais, euh ce sont des symptômes qui sont très vite évocateurs pour la maman. Quand elle a vu une fois la bronchiolite d'un bébé, elle connaît après, bon (rires). » ; « Mais euh, voilà donc y'a des mamans qui sont plus ou moins stressées hein, par euh, c'est normal, et donc du coup faut la rassurer, la rassurer tout en lui donnant les bons réflexes du coup. Hein, et donner les bons réflexes, c'est quand même de passer par le médecin ».

Education thérapeutique et réassurance grâce à la disponibilité. Cette disponibilité se fait beaucoup par mail, ce qui permet de temporiser et d'éviter des consultations inutiles (« Euh oui, oui oui, nos patients ont tous notre adresse mail, pratiquement hein, c'est sur nos cartes de visite enfin bon, (reprise inspiratoire). Du coup, il y a beaucoup beaucoup de travail de mail le soir », « Mais euh, c'est, j'ai, c'est plutôt bien, bon c'est un peu chronophage c'est vrai mais d'un autre côté ça évite des consultations qui le seraient encore plus », « Et puis c'est très rassurant hein, combien de fois on nous envoie un mail pour un conseil point d'interrogation, heu voilà. Et euh du coup c'est, en pédiatrie, c'est vraiment très très intéressant. », « bah quand on est un peu éloigné de beaucoup de choses, alors j'veux dire on a pas Trousseau à côté, on a pas Debré à côté, on a pas, voilà, on est pas dans des grands CHU. La réponse rapide permet de temporiser souvent, les choses, et puis de... »).

Nécessité d'éducation thérapeutique par rapport à l'absence de prescription d'antibiotique (« Ca reste encore une demande très très euh... là il faut justifier effectivement, euh, afin d'expliquer pourquoi on donne pas d'antibiotiques. Ca c'est clair, hein, parce que c'est quand même viral, y'a de la fièvre, euh, le bébé va pas bien, ou le petit enfant va pas bien, voilà. Y'a quand même une bonne partie de la population, et de jeunes mamans qui euh arrivent, ou de papas hein euh, qui arrivent à se dire ouais c'est bien qu'y ait pas d'antibiotiques, moi je suis vachement content, euh, et tout va bien comme ça, mais c'est encore pas une majorité. Enfin... »).

Angoisse parentale : « Parce que c'est très très anxiogène la bronchiolite », « du coup faut la rassurer, la rassurer tout en lui donnant les bons réflexes du coup. » ; « voilà donc y'a des mamans qui sont plus ou moins stressées ».

Angoisse du médecin : non évoqué, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Notion d'intuition : non évoqué, ni par le médecin, ni par l'enquêteur.

Evolution de sa pratique avec le temps :

C'est un grand sujet développé par M10, qui décrit non seulement une modification de sa pratique individuelle avec le temps, mais une modification de la pratique collective des médecins, concernant la bronchiolite.

Ces modifications concernent la thérapeutique médicamenteuse, à laquelle il semble avoir adhéré. Il s'agissait de prescription de fluidifiants et d'antibiotiques systématiquement, qu'il ne prescrit plus. Il s'agissait aussi de corticothérapie per os à forte dose systématiquement, donc il a actuellement réduit les posologies et rendu facultative (« *La prise en charge a totalement changé euh dans les vingt dernières années* » ; « *Pour se limiter maintenant à une prise en charge symptomatique, hein euh, vraiment symptomatique* » ; « *Bah la prise en charge il y a une quinzaine ou une vingtaine d'années c'était vraiment très euh, très euh... comment dirais-je, euh, très violent j'trouve, (rires), c'était tout!* » ; « *C'était les fluidifiants, euh qui aggravaient les choses* », « *c'était la corticothérapie forte dose, c'était des antibiotiques systématiques* » ; « *C'était vraiment quelque chose de, (reprise inspiratoire) euh d'inutile et de délétère, hein du coup. Surtout les fluidifiants hein ça les encombraient encore plus, c'était pas forcément très très...* » ; Les antibiotiques: « *J'en prescris plus du tout* »).

Puis par la suite la kinésithérapie, qui était systématique, est devenue facultative (« *Et du coup la kinésithérapie, heu, était vraiment très nécessaire à l'époque. Parce que comme on fluidifiait les sécrétions, ils avaient tendance à se noyer les gamins, et donc du coup, les kinés évitaient...* » ; « *Et plus on a allégé les traitements de la bronchiolite et ... et...* » ; « *Plus ça a fait en sorte que la kinésithérapie euh, euh, euh, ai moins sa place, c'est ça. Certainement.* » ; « *Mais du coup, y'a un traitement anti-inflammatoire, y'a un bronchodilatateur, y'a pas forcément une grosse, un gros encombrement. Puisqu'on les encombre plus (rires). Et du coup, euh, la kinésithérapie a moins de sens* »).

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : pas de données à cet égard, pas de relances de l'enquêteur.

Avis sur la HAS :

Pour M10, les RBP sont pertinentes, théoriquement parlant (« *Et Dieu sait si j'les ai pas toutes lues* », « *De ce que j'ai pu en voire, que ce soit au niveau de la cardiologie, de la diabétologie, etc, ... la prise en charge des personnes âgées, y'avait souvent de la pertinence, c'est à dire que la théorie, la théorisation, est très pertinente* »).

Mais elles perdent de cette pertinence sur le terrain, face à la singularité du patient. (« *Alors, ... je vais faire une réponse de normand. Euuuh, c'est à la fois, certaines ça va être très bien, et d'autres c'est plus compliqué.* » ; « *Le, l'être humain par lui-même* », « *Tout simplement.* », « *L'écoute. L'écoute euh, s'ils sont prêts, s'ils sont pas prêts. Si nous on juge que euh, il est prêt ou pas, enfin voilà.* » ; « *c'est tellement différent d'un patient à l'autre* »).

voilà, donc pour moi les recommandations de l'HAS, ça reste, ça reste euh... ça reste des recommandations. Voilà, c'est quelque chose à tendre, vers. » ; « Donc cette simple variabilité fait en sorte que on peut pas appliquer des normes tout le temps. » ; « En fait, voilà faut adapter les normes bien évidemment. Faut adapter les patients aux normes aussi, doucement, avec un certain temps, avec euh, une certaine écoute voilà quoi, euh... En fait le problème, c'est l'écoute hein, euh le plus souvent »).

Pour M10, ce qui semble important, ce n'est pas d'appliquer les RBP à la lettre, mais plutôt de les adapter au terrain. D'après M10, le praticien devrait être en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles ils ne les appliquent pas, mais ne devrait pas être pénalisé du simple fait qu'il ne les applique pas (« C'est voilà, euh c'est, c'est si on s'en rapproche tant mieux, euh si on s'en rapproche pas, il faut savoir expliquer pourquoi on s'en rapproche pas. » ; « Quels sont les freins, quels sont les biais qui font qu'on s'en rapproche pas? Mais quand y'en a et qu'on peut les expliquer euh, ils sont légitimes. Du coup »).

Enfin, en fin d'entretien, M10 revient sur la pertinence théorique qu'il accorde aux RCP. Ainsi, les RBP sont souvent établies avec l'état des connaissances médicales dont elles disposent. Hors celles-ci peuvent évoluer très rapidement dans le temps. Elles sont souvent aussi établies lors de consensus d'experts, ce qui n'établit pas leur crédibilité pour M10. Les RCP seraient donc à utiliser avec parcimonie. La confiance à accorder à la HAS n'est donc pas sans faille (« Et après, on sait très bien qu'y a des recommandations qui ont évoluées au fur et à mesure des années... » ; « ... Que les dernières recommandations n'est pas forcément la meilleure. (Pause 2 secondes) Sauf si on croit au Saint-Graal, et on croit à la toute puissance de l'HAS. Et de la pertinence permanente de l'HAS, ou euh... les experts de l'HAS sont pas toujours forcément d'accord entre eux. C'est un consensus en fait. C'est un consensus. Le consensuel, n'est jamais à 100% surtout. Donc les recommandations sont toujours des recommandations dans le temps. A l'époque, où euh, au moment où le consensus a dit que... c'est... faudrait tendre, ils recommandent de faire ça, ... » ; « ...deux ans ou trois ans après, d'autres études vont faire en sorte que le consensus fasse mettre, sur quelque chose de plus, de plus latéral, dans un sens... » ; « D'ailleurs quand on parle, vraiment avec euh, des, des gens, qui, qui, qui font que ça, des recommandations, et qui font pas de médecine, euh... on s'rend compte que c'est que des études d'études... et euh y'a plus d'analyses de pratique et d'choses comme ça hein, c'est des analyses purement des études, qui font que, euh... après avoir fait un panel d'études euh pas possible, ou lu des études, parce que c'est pas eux qui les font, ils décident que... consensuellement, on devrait tendre à aller vers telle direction » ; « cinq ans après, euh, les recommandations, pour le diabète, les recommandations, elles ont changé tous les cinq ans, à un moment donné. C'est clair »).

- Particularités de codage de cet entretien:

Rapidité d'évolution de la médecine et des pratiques médicales avec le temps (de manière générale) : « Et du coup, même les internes de maintenant n'ont plus la même, le même apprentissage de ceux qu'on avait avant. », « Oui, ça change rapidement, puisqu'entre les générations d'internes, c'est plus du tout plus du tout la même prise en charge, enseignée à la faculté. » ; « Ca bouge vite, ouais, énormément, c'est hallucinant. » ; « Des vérités qu'on

apprend actuellement, à nos internes etc, ne seront pas les vérités des internes dans dix ans ».

c) Les biais:

Biais d'ancrage :

« Bien sûr qu'il faut pas, on reste ancré dans des choses qui vont mettre longtemps à bouger ».

Le biais d'ancrage semble assez représenté dans cet entretien. D'ailleurs, M10 l'évoque et le décrit spontanément.

C'est à priori une difficulté qu'il ressent, de manière générale (pas spécialement pour la bronchiolite).

Pour lui, cet ancrage serait renforcé par l'autorité dont fait figure l'Université (*« La faculté elle est vraiment très prégnante de sa vérité quoi, hein... »*), qui donne les premières « grandes vérités » (*« Parce qu'on était pris dans une euh, dans des pensées euh, euh, euh, des grandes vérités qu'on avait depuis, depuis très longtemps, et qui n'étaient pas des vérités en fait »*). Pourtant, ces vérités peuvent devenir désuètes (*« Des vérités qu'on apprend actuellement, à nos internes etc, ne seront pas les vérités des internes dans dix ans »*).

Et il est difficile par la suite de les remettre en question (*« y'a des associations qui se font naturellement, alors qu'elles sont pas naturelles, et qu'il faut les dématérialiser pour euh, (rires) pour euh, voilà... E: Il faut défaire les liens qui nous semblaient logiques, pour en recréer de nouveaux. M10: Bah oui, bien sûr, bien sûr, totalement oui. Et c'est pas si simple, hein! »*).

D'ailleurs, M10 l'aurait constaté directement dans sa pratique, au sujet de la prescription d'antibiotiques dans la bronchiolite (*« Ah oui oui oui. Bah pfff, quelque part nous aussi, hein euh en terme de modifications de pratiques, on a fait de la résistance hein. »; « Pour nous aussi, ça a pas été, ça a pas été très très très facile, donc euh... »*).

Il émet également l'idée d'un renforcement de ce biais d'ancrage avec le temps (*« Euh y'a des infos qui sont arrivées beaucoup plus tôt dans la carrière et qui ont été appliquées tout de suite. Celles qui arrivent après 30 ans, ou 40 ans de carrière, c'est beaucoup plus compliqué »*).

Ainsi, pour M10, il est donné un aspect de véracité plus important aux premières informations enregistrées, qu'aux suivantes. Plus longtemps ces premières informations sont pratiquées, et plus leur aspect de véracité s'imprègne.

Dans le cadre de sa prise en charge actuelle de la bronchiolite, d'autres notions pourraient évoquer un biais d'ancrage, de manière plus indirecte. Ce serait plutôt lors de l'évocation par l'enquêteur des RBP, que M10 semble faire appel au biais d'ancrage. Cela pourrait se

voire par ses réactions d'une part de rejet des RBP actuelles, d'autre part « d'accroche » à sa propre prise en charge (« Alors euh, j'ai pas vu les études. (rires) », « Alors, j'suis pas prêt à abandonner. Euh tout de suite comme ça, le euh, le euh, les bronchodilatateurs euh etc. Euh... » ; « Pour l'instant, je reste persuadé, enfin jusqu'à avoir lu les études, etc, mais ... (rires) » ; « Bah... c'est de... de... alors moi ça me poserait un problème de rien prescrire parce que j'suis pas certain que ça marche pas c'que j'fais »).

Ensuite on peut évoquer la présence d'un ajustement insuffisant par rapport à l'ancrage. En effet M10 identifie sa pratique à une pratique « légère » et « symptomatique » (« Pour se limiter maintenant à une prise en charge symptomatique, hein euh, vraiment symptomatique » ; « C'est c'est assez léger comme prise en charge je trouve »). Pourtant la prise en charge de M10 n'est pas symptomatique puisqu'elle fait appel à plusieurs thérapeutiques médicamenteuses. Ce décalage d'évaluation est sûrement lié au fait que M10 analyse de sa prise en charge par rapport à l'ancre, c'est-à-dire par rapport à la prise en charge initiale qu'il a appris lorsqu'il était étudiant (dans laquelle il y avait davantage de prescriptions médicamenteuses encore). Ce phénomène est nommé ajustement insuffisant par rapport à l'ancre.

Coûts immobilisés :

Le biais du « coût immobilisé » est le biais désignant la tendance qu'on les individus à continuer à s'investir dans les domaines où leur contribution a été significative.

Ce biais n'est pas directement retrouvé dans les dires de M10. On peut tout de même évoquer son existence de manière indirecte. Il est possible en effet qu'il soit d'autant plus difficile à M10 de se séparer sa prise en charge actuelle, qu'il s'y est investi pendant de longues années. Ainsi, la tendance à vouloir s'y « accrocher », la perpétuer, et de vouloir mettre en évidence sa valeur, malgré le fait que les RBP la contredise, pourrait dénoter un biais de « coût immobilisé ».

(« Alors, j'suis pas prêt à abandonner. Euh tout de suite comme ça, le euh, le euh, les bronchodilatateurs euh etc. Euh... » ; « Pour l'instant, je reste persuadé, enfin jusqu'à avoir lu les études, etc, mais ... (rires) », « Alors euh, j'ai pas vu les études. (rires) », « Et du coup, enfin dans la mesure où c'est efficace et que ça fonctionne, et que y'a pas de surinfection, et que le, y'a plus, j'ai pas de retour négatif sur cette pratique, euh, qui doit être totalement améliorable peut-être, mais j'me dis que du coup ça fonctionne pas trop mal, même chez les tout petits tout petits tout petits, mmm, ça permet de garder, franchement ouais, une sécurité par rapport à euh... » ; « Et puis, pour l'instant, pour l'instant, (tape du poing sur sa table en bois), y' pas d'échec. (rires) »).

Illusion de connaissance asymétrique:

« L'écoute euh, s'ils sont prêts, s'ils sont pas prêts. Si nous on juge que euh, il est prêt ou pas, enfin voilà ».

Comme vu plus haut dans le paragraphe HAS, M10 décrit la difficulté d'application des RCP en fonction de la singularité de chaque patient. Il utilise d'ailleurs la métaphore d'une mère

avec son bébé pour décrire la relation entre le médecin et son patient (« *Faire comme tu le sens, avec ton bébé. Du coup. Et ça marchera plutôt bien. Et bah du coup ça marche effectivement beaucoup mieux. Mais donc, la relation d'une telle maman avec son bébé ne va pas arriver aussi vite qu'une autre maman avec un autre bébé ou qu'un autre papa avec un autre bébé, enfin voilà. Et toutes ces interactions là, euh, cette métaphore entre la maman et le bébé, c'est à peu près la même, c'est une métaphore de ce que peut être une relation entre les médecins et les patients* »). Ainsi, la mère est la personne la mieux placée pour savoir ce dont son enfant a besoin. Pas besoin pour elle de calquer absolument aux recommandations des uns et des autres. Son enfant est particulier, et elle seule connaît ses besoins spécifiques. Ainsi, telle une mère envers son enfant, le médecin généraliste est le mieux placé pour savoir ce dont le patient requiert. Il n'est pas question de lui imposer des recommandations qui ne sont pas adaptées à sa singularité.

L'illusion de connaissance asymétrique est le biais qui pourrait possiblement intervenir lorsque le médecin évalue si son patient est prêt, ou non, à se voir recommander le suivi de certaines directives ou prescriptions. Il est en effet possible que M10 ne s'enquiert pas de toutes les données qui pourraient l'aider à apprécier l'avis du patient à propos des recommandations officielles. Peut-être que M10 se laisse biaiser sur ce qu'il pense connaître du patient, sur l'idée qu'il se fait de lui et de ses opinions.

Ainsi, le fait d'appliquer les mesures uniquement symptomatiques du traitement de la bronchiolite semble difficile à M10 (« *Et qu'on lui dit bah madame de toutes façons, on fait rien etc, ça sera pas dans sa pratique à elle non plus hein. On lui dit euh etc... Donc quelque part, ça vaut le coup de euh... ça vaut le coup d'en reparler, et de refaire peut-être euh une info, euh... à l'ensemble des praticiens. E: Aux médecins, pour que tout le monde ait le même discours. C'est sûr que si euh le voisin d'à côté, M10: Exactement. E: ... prescrit tout, et que l'autre prescrit rien. Les parents ils auront plus confiance c'est sûr* »).

Pour lui, les parents de l'enfant à qui l'on présenterait ce schéma thérapeutique seraient forcément réticents. Est-ce réellement le cas ? Ne s'agit-il pas d'une illusion de connaissance asymétrique ?

En tous cas, M10 exprime par la suite le besoin que tous les praticiens adoptent ce même schéma thérapeutique pour le soutenir sur cette prise de position, qui semble encore une fois difficile. Cette difficulté d'adopter un comportement différent des autres praticiens pourrait être sous-jacent à un possible biais de désirabilité sociale (sensible au regard que pourrait porter sur lui les patients en fonction de ses attitudes thérapeutiques).

Modèle d'ajustement apparent :

M10 justifie sa prise en charge actuelle par l'absence de retours négatifs observés. Cette absence de retours négatifs est considéré à lui-seul comme un critère de validation du modèle de prise en charge (« *Et du coup, enfin dans la mesure où c'est efficace et que ça fonctionne, et que y'a pas de surinfection, et que le, y'a plus, j'ai pas de retour négatif sur cette pratique, euh, qui doit être totalement améliorable peut-être, mais j'me dis que du coup ça fonctionne pas trop mal, même chez les tout petits tout petits tout petits, mmm, ça permet de garder, franchement ouais, une sécurité par rapport à euh...* »).

Biais de confirmation :

« Et puis, pour l'instant, pour l'instant, (tape du poing sur sa table en bois), y'a pas d'échec ».

Le biais de confirmation est ce biais qui consiste à traiter, interpréter et se souvenir de l'information de telle manière qu'elle vienne confirmer l'hypothèse défendue.

Ici, il semble que M10 interprète l'information dont il dispose afin qu'elle vienne confirmer l'idée que sa prise en charge soit efficace. Pour ce faire, il avance l'argument « *qu'il n'y a pas d'échecs* » à sa prise en charge. Qu'entend-t-il par absence d'échecs ? Cela sous-entend déjà que toutes ses prises en charge sont des succès. Le succès sous-entendrait le fait que c'est le traitement administré par M10 qui, systématiquement, guérirait les nourrissons atteints de bronchiolites. Cependant, M10 ne dispose pas de cette information. Il ne dispose pas de preuves de cause à effet entre l'administration de son traitement et la guérison de l'enfant. Il dispose seulement de l'information qu'il n'y a pas de retours négatifs.

Or cette absence de retour négatif n'indique pas, ni le fait que tout s'est bien déroulé pour l'enfant à la suite de sa consultation, ni la notion de cause à effet en cas d'évolution favorable. Ainsi, il s'agit ici d'une interprétation de l'information de sa part, qui aboutit à confirmer son point de vue.

Heuristique de représentativité :

On peut se poser la question d'une heuristique de représentativité chez M10. Il est possible qu'il crée une analogie entre la bronchiolite et l'asthme (et leur physiopathologie), et par le même coup associe leurs traitements (« *Euh, le bronchospasme là, je mets de la Ventoline, tout le temps* »). Pourtant, d'après les RBP de la HAS, la dyspnée de la bronchiolite découlerait plutôt d'une obstruction bronchique que d'un bronchospasme.

Effet placebo :

Lors de l'annonce à M10 des RBP actuelles, celui-ci semble trouver injustifiable, face à un parent inquiet, de ne pas prescrire de thérapeutique médicamenteuse (« *Comment ils justifient de donner aucun traitement à une maman qui arrive avec un bébé qui fait une bronchiolite, et qui tire de partout?* »). D'ailleurs, pour M10, ne pas prescrire de médicaments revient à ne « rien faire » (« *C'est... Là ou ça me pose problème, c'est de dire à une maman qui vient avec un nourrisson de 3 mois qui, qui a un tirage intercostal et puis qui est quand même euh, pas très très clair, (reprise inspiratoire) lui dire bah t'inquiètes pas on y fait rien, on donne aucun médicament et ça va se passer tout seul* »).

On peut alors se poser la question de l'éventuelle intervention d'un effet placebo dans ses prescriptions médicamenteuses .

Illusion de contrôle :

Il est possible que M10 soit sujet au biais d'illusion de contrôle. En effet, il utilise les termes de « sécurité » (« *Oui oui oui principalement, enfin bon, les bronchodilatateurs, enfin l'association bronchodilatateurs/anti-inflammatoires par voie aérienne, c'est, ça me semble une sécurité* ») et de « maîtrise » (« *Maîtriser les symptômes assez rapidement, c'est pas*

compliqué à faire ») pour définir sa prise en charge. Ainsi, M10 a cette illusion de maîtriser ou de contrôler l'évolution de la maladie grâce à son traitement.

Corrélations illusoire :

M10 semble établir des corrélations illusoire de cause à effet entre son traitement et l'évolution positive de la maladie. Ainsi, comme vu précédemment, il voit en son traitement une manière efficace de maîtriser les symptômes, une sécurité (« *Maîtriser les symptômes assez rapidement, c'est pas compliqué à faire »*; « *Oui oui oui principalement, enfin bon, les bronchodilatateurs, enfin l'association bronchodilatateurs/anti-inflammatoires par voie aérienne, c'est, ça me semble une sécurité »*).

Biais de disponibilité :

« *Y'a les habitudes, y'a les réflexes, y'a des automatismes euh... de tiroirs »* (en parlant de la prescription d'antibiotiques dans la bronchiolite).

Par cette citation, M10 évoque le biais de disponibilité et la manière dont les informations les plus facilement mobilisables à l'esprit sont favorisées dans les prises de décisions.

Biais de soumission :

« *La faculté elle est vraiment très prégnante de sa vérité quoi, hein... »*.

D'après M10, les enseignements reçus à l'Université laissent une trace pour le moins marquante. Il devient difficile par la suite de réévaluer la pertinence d'une information, du seul fait que cette information ait été énoncée par la faculté. Ainsi, la faculté ferait figure d'autorité auprès du médecin.

Biais de croyance :

Ce biais peut éventuellement être suspecté devant l'argumentation de M10 face aux données des recommandations HAS de la bronchiolite. La HAS, qu'il considérait comme relativement pertinente initialement (« *y'avait souvent de la pertinence, c'est à dire que la théorie, la théorisation, est très pertinente »*), devient critiquable lors de l'annonce des RCP. Celles-ci ne sont peut-être pas si fiables que cela (« *Et après, on sait très bien qu'y a des recommandations qui ont évoluées au fur et à mesure des années. »*; « *Que les dernières recommandations n'est pas forcément la meilleure. (Pause 2 secondes) Sauf si on croit au Saint-Graal, et on croit à la toute puissance de l'HAS. Et de la pertinence permanente de l'HAS, ou euh... les experts de l'HAS sont pas toujours forcément d'accord entre eux. C'est un consensus en fait. C'est un consensus. Le consensuel, n'est jamais à 100% surtout. Donc les recommandations sont toujours des recommandations dans le temps. A l'époque, où euh, au moment où le consensus a dit que... c'est... faudrait tendre, ils recommandent de faire ça, ... »*). M10 a donc tendance à remettre en question la HAS en fonction de la plausibilité des RCP qu'elle avance (traitement purement symptomatique), avant finalement d'avoir pu examiner la fiabilité les études ayant mené à cette conclusion.

Pour finir, il peut éventuellement être noté chez M10 une tendance de tolérance au risque dans les citations suivantes : « *Ah la Ventoline, c'est euh, la Ventoline c'est le bronchospasme, quand y'a un gros gros tirage intercostal... »*; « *C'est... Là où ça me pose*

problème, c'est de dire à une maman qui vient avec un nourrisson de trois mois qui, qui a un tirage intercostal et puis qui est quand même euh, pas très très clair, (reprise inspiratoire) lui dire bah t'inquiètes pas on y fait rien, on donne aucun médicament et ça va se passer tout seul ». En effet, le fait de constater un « gros gros tirage intercostal » ne semble pas entraîner un envoi systématique de l'enfant aux urgences, mais la prescription de Ventoline.

Récapitulatif M10:

M10 est un médecin de 65 ans, maître de stage et généraliste enseignant à l'Université, pendant longtemps investi dans la formation médicale continue.

Il apprécie la pédiatrie dont il estime à 20-25% sa proportion de patientèle.

La définition de la bronchiolite n'est pas explicitement demandée par l'enquêteur et non reprise par le médecin. Les RCP de la bronchiolite ne semblent pas connues. La prise en charge de M10 est plutôt non conforme aux RBP de la HAS, et repose sur plusieurs classes médicamenteuses.

L'entretien se déroule en trois phases.

Dans un premier temps, M10 expose sa prise en charge. Nous remarquons une certaine subjectivité du langage durant cette présentation, avec utilisation d'adverbes ou d'adjectifs de quantité (« *Ah la Ventoline, c'est euh, la Ventoline c'est le bronchospasme, quand y'a un gros gros tirage intercostal...* » ; « *la corticothérapie per os si vraiment c'est un gros gros, si y'a une grosse inflammation* » ; « *Ensuite, dans les deux premiers jours, je rajoute de la cortisone, du Celestène per os, si vraiment y'a un bronchospasme qui me semble vraiment très important* »).

Nous identifions les biais cognitifs et heuristiques suivants : l'heuristique de représentativité, le modèle d'ajustement apparent, le biais de confirmation, le biais d'ancrage et d'ajustement apparent, le biais d'illusion de contrôle, le biais de corrélations illusoire, le biais de disponibilité, ainsi qu'une tolérance au risque.

Dans un deuxième temps, il est évoqué avec M10 les RBP de la bronchiolite, et notamment ce qui concerne l'inutilité des traitements médicamenteux d'après les études médicales. M10 présente alors une réaction qui s'apparente à un rejet des RBP. Nous identifions alors d'autres biais cognitifs : le biais de croyance, le biais du coût immobilisé, l'effet placebo, le biais d'illusion de connaissance asymétrique et un biais de reprise de contrôle.

Puis, M10 commence à remettre en question sa conduite (« *Je constate parce que quelque part ça marche. Mais je sais pas si c'est mon traitement qui marche* » ; « *ils peuvent guérir naturellement sans... sans avoir besoin de médicaments. Euh le virus étant parti euh, voilà* »). Il n'est plus certain de la relation de cause à effet de son traitement sur la maladie, qu'il n'a effectivement jamais pu vérifier. Il remet donc en cause le biais de corrélation illusoire remarqué initialement. En fin d'entretien, M10 prend une attitude évoquant un regret, un repentir (ton de voix, plus enfantin, se replie sur lui-même) : « *Mais c'est vrai, si jamais j'suis persuadé, j'arrête. De la Ventoline dans l'nez des ...* ».

Conclusion M10:

Nous notons que M10 est porteur de biais cognitifs, alors même qu'il a été très investi durant sa carrière dans la formation médicale continue.

Nous visualisons à nouveau dans cet entretien le fait que les biais se potentialisent entre eux, et semblent reliés les uns aux autres. Par exemple, un biais de soumission peut potentialiser un biais d'ancrage. Le biais d'ancrage peut potentialiser et s'accompagner du biais de disponibilité.

Il est intéressant de constater les différents obstacles qui peuvent surgir, lorsque le praticien tente de remettre en question sa pratique. En effet, lors de l'entretien, M10 a été confronté à la non-conformité de sa prise en charge de la bronchiolite. Il semble en avoir été affecté. D'autres biais cognitifs ont alors été mis en place pour justifier sa prise en charge.

En fin d'entretien, M10 présente une réaction qui pourrait être assimilée au « regret », exploré par Olivier Houdé. Cette émotion contrefactuelle est la première étape à une remise en question de sa prise en charge.

4.2.11. Analyse M11 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 45 ans, arrivée et installée en France depuis août 2018, en zone rurale. Exerce seule, en secteur 1.

Médecin originaire de Roumanie. Elle était installée depuis 2003 à Bucarest, dans une Polyclinique de 12 médecins généralistes, ainsi qu'avec des médecins spécialistes et des professionnels paramédicaux.

Formations initiales : spécialisation en échographie, et en contraception.

Autres activités :

- en Roumanie, était Maître de Stage Universitaire (recevait des internes).
- Psychothérapeute. Continue ses consultations avec ses patients roumains, par Skype.

Formation médicale continue : en Roumanie, réalisait 40 heures de cours minimum obligatoires, à valider chaque année (sous peine de non renouvellement de l'assurance professionnelle). Assistait également à des congrès. En France, étudie seule à partir de sources internet, via la HAS notamment.

Apprécie la pédiatrie, mais en pratiquerait plutôt peu, en France, comme en Roumanie. Estime en France à 10% son taux de patientèle pédiatrique et 1% le taux d'enfants suivis de 0 à 2 ans.

Son domaine de prédilection est la psychologie.

- Abord de l'entretien :

M'accueille chaleureusement sur sa pause déjeuner, malgré la fatigue visible.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : La définition n'est pas explicitement demandée par l'enquêteur. M11 exprime cependant le terme de dyspnée (« *touche les voies respiratoires, c'est pour ça que lui il a bon... un peu plus de mal à respirer* ») et le caractère infectieux de type viral (« *que la bronchiolite c'est pas une maladie que, c'est plutôt une, soi-disant, ... une complication d'une infection virale* » ; « *ah... oui que bon c'est une infection virale qui ...* »).

Diagnostic différentiel : Distingue la bronchiolite et l'asthme. Poserait le diagnostic certain d'un asthme après l'âge de quatre ans (« *après c'est une autre question des mamans, si ça c'est vraiment l'asthme, bon j'ai expliqué qu'on peut pas donner vraiment un diagnostic d'asthme, ça dépend, si tu regardes les guides, mais avant quatre années on peut jamais,*

bon ... on peut pas parler vraiment de diagnostic de l'asthme, c'est plutôt le fait que l'enfant respire difficile, c'est pas toujours le cas que c'est un asthme »).

Prise en charge: La prise en charge de la bronchiolite simple est uniquement symptomatique. Elle repose sur des MHD et une surveillance. M11 évoque une potentielle indication de traitements médicamenteux en milieu hospitalier, en cas de signes de gravité.

MHD : *« J'ai expliqué que c'est vraiment de, de traiter la fièvre, d'hydrater l'enfant, de nettoyer le nez, et vraiment si c'est le cas, d'aller à l'hôpital pour les nébulisations. » ; « C'est de bien nettoyer le nez, de hydrater l'enfant, c'est très bien bon... s'il n'est pas vraiment, s'il a pas de nausées, de vomissements et tout ça, de bien l'hydrater, de... de... de vérifier si peut être dans la chambre il y a assez de humidité, la chambre où il... ».*

Surveillance : *« mais que aussi on le surveille par le, bon, qu'elle doit lui donner l'antipyrétique, de bien surveiller la prise de liquide et tout ça ».*

- Traitement médicamenteux ?: Aucun. Selon « les études », ils n'auraient pas d'efficacité et ne modifieraient pas le cours de la pathologie.
*« Hum, bon si on est sur les études, les médicaments sont, soit on donne les médicaments, soit on donne pas les médicaments, c'est le virus qui doit faire son... » ;
« Bon, mais soi-disant, ils n'ont pas une grande efficacité, qui, qui change euh le temps de traiter, le cours de la pathologie, et tout ça... ».*

⇒ Antibiotiques : Non. (*« bon je ne pense qu'il y a besoin, je ne donne pas des antibiotiques dans une bronchiolite. » ; « Nan, nan c'est un traitement symptomatique, et l'antibio il est pas vraiment euh, bon moi je l'ai pas mis, ... c'est juste si y'a une complication vraiment »).*

- Place de la kinésithérapie : Ne connaît pas l'indication de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite (*« Voilà, c'est ce que je vous ai dis, y'a plus de choses qu'ici on peut faire, E : Ouais, M11 : Que chez nous c'était vraiment... c'était pas interdit mais voilà, c'était parce que plutôt personne ne euh, ... pour nous par exemple la kiné des enfants c'est plutôt pour les vrais problèmes orthopédiques. C'est tout »).*

- Evaluation et gestion de la gravité:

Evaluation : peu étayée, présence des termes « polypnéique », « détresse respiratoire ».

Gestion de la gravité : si signes de gravité, l'enfant est rapidement adressé en milieu hospitalier. M11 évoque dans ce contexte hospitalier la possible indication de certains médicaments comme les béta 2 mimétiques de courte durée d'action ou les corticoïdes per os (*« bon si y'a une détresse respiratoire, de aller à l'hôpital pour le soutenir, un peu de l'oxygène et de peut-être des Ventoline ou anti inflammatoires »*

Corticoïdes. » ; « et après que s'il devient euh soit vraiment polypnéique, qu'il respire, qu'on voit la détresse respiratoire... Qu'il faut vraiment absolument aller aux urgences, soit elle appelle le 15 soit elle va à l'hôpital avec l'enfant, juste qu'il faut pas trainer, mmm ? »).

- Examens complémentaires ? : Non, le diagnostic de la bronchiolite est clinique (*« Bon c'est la clinique hein. Plutôt, c'est ... l'examen clinique, de l'enfant »*).

- Autres codages :

Référentiels et sources d'information : Réunions entre médecins généralistes et spécialistes, lectures sur des sites internet d'informations médicales (*« Comme je vous ai dit, on organisait pas mal des ateliers et des... mmm... bon avec tous nos collègues, des médecins de familles, et on invitait beaucoup d'autres spécialistes, c'est toujours comme ça. » ; « On rentrait toujours en contact avec les spécialistes, après euh par exemple euh, moi je reçois des informations sur euh... un medskape euh, beaucoup de... euh » ; « Non, ce sont des ... euh... des ressources plutôt en anglais, et on voit chaque jours des informations médicales, mais il faut le temps de lire. »*).

Recommandations HAS de la bronchiolite : Non demandé par l'enquêteur, et non mentionné spontanément par le médecin.

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Education thérapeutique des parents :

à propos des MHD, des signes cliniques, et de la conduite à tenir en cas de détérioration clinique : *« J'ai expliqué que c'est vraiment de, de traiter la fièvre, d'hydrater l'enfant, de nettoyer le nez, et vraiment si c'est le cas, d'aller à l'hôpital pour les nébulisations » ; « Et vraiment ici je leur dis que si ça, s'ils ont l'impression que l'enfant il a une bronchiolite, il est dyspnéique, il a plus de 80 respirations par minute, il faut vraiment aller aux urgences » ; « Mmm. Et de faire les, bon, soit on se voit dans le cabinet en urgence, mais soit il va aux urgences il faut pas attendre pour le traitement. »*

Information des parents sur la possibilité de récurrence de la pathologie et mesures préventives : *« c'est juste le fait que ça peut arriver encore une fois » ; « alors si jamais il tombe encore sous le virus qui donne ça, alors euh on a pas grand-chose à faire du point de vue vaccin ou d'autres choses mais ce qu'on peut faire c'est de protéger l'enfant des malades et des gens qui sont malades, et de l'hygiène de la vie. »*

Rassure les parents inquiets en leur proposant une consultation rapide ou en adressant aux urgences : *« Et pour les mères qui sont vraiment très anxieuses, je leur dit oui mais dès le début, si vous avez aucun soucis, c'est mieux d'aller peut-être en urgences que ... aa... attendre à la maison quelque chose » ; « Mmm. Et de faire les, bon, soit on se voit dans le cabinet en urgence, mais soit il va aux urgences il faut pas attendre pour le traitement »*.

Angoisse parentale : Exprimée par le médecin indirectement (« *Et pour les mères qui sont vraiment très anxieuses, je leur dit oui mais dès le début, si vous avez aucun soucis, c'est mieux d'aller peut-être en urgences que ... aa... attendre à la maison quelque chose.* »).

Angoisse du médecin : non mentionné, ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Notion d'intuition : n'est pas évoquée dans la bronchiolite, ni par le médecin ni par l'enquêteur.

Cette notion est spontanément abordée par M11, mais de manière générale dans sa pratique.

Pour M11, la notion d'intuition interviendrait lorsque le médecin doit prendre une décision dans le contexte de la consultation. La consultation représente une sorte de contexte « imparfait ». D'une part, le médecin ressentirait une pression temporelle, puisqu'il doit prendre une décision dans un temps réduit. D'autre part, le médecin ne dispose pas de toutes les informations lorsqu'il prend sa décision. Notamment, il ne dispose pas dans l'immédiat des résultats d'éventuels examens complémentaires dont il aurait besoin pour affirmer son diagnostic avec certitude. Ainsi, l'intuition pourrait être utile à ce moment-là pour pallier à l'incertitude. Cette notion serait particulièrement utile en médecine générale (« *c'est la médecine euh générale, c'est plutôt sémiologie, c'est plutôt signes, on a pas vraiment les moyens d'investiguer tout de suite, euh prise de sang, radiologue, échographie, bon si on était dans une autre structure peut être que maison de santé on a la possibilité, c'est vraiment différent, mais c'est toujours un peu clinique euh, des fois c'est un peu ... intuition* »).

La pratique idéale serait de pouvoir trouver un équilibre entre une pratique rationnelle, basée sur les faits, et l'intuition (« *Bah de l'autre côté c'est vraiment la science. C'est toujours de, de, de... mettre les deux, E : Un juste milieu ? M11 : Oui, un juste milieu, E : Entre l'intuition sémiologique ? M11 : Oui, et, et les guides* »)

M11 met en opposition la pratique hospitalière et la pratique en consultations. En effet, en hospitalier, le patient est « à disposition » du médecin pour l'examen clinique. Celui-ci peut être exhaustif et répété à plusieurs reprises. En consultation, le médecin est encore une fois soumis à une pression temporelle. L'examen clinique est plus bref, ne peut pas être répété à volonté. Le médecin a peu de temps pour se documenter, ou réfléchir, si jamais il en ressent le besoin. M11 suggère que c'est à ce niveau-là que rentre en compte l'intuition dans la prise de décision (« *Parce que bon, après la faculté c'était vraiment tout, tout était dans ma tête. L'examen clinique c'était donc voilà, on regarde le patient, on l'ausculte, on lui fait la palpation et, ça c'était vraiment quelque chose qu'on faisait. Maintenant dans la pratique, des fois en 15 minutes, 20 minutes de consultation, on n'est pas comme dans les hôpital, on n'a pas le choix de re, revenir, de revoir le patient, de... E : De réfléchir, M11 : Oui, de réfléchir, d'aller à la maison, de, de lire sur cette euh, de revenir le 2^{ème}, refaire l'anamnèse. C'est vraiment de, c'est c'est, moi je pense que c'est une euh... spécialité... vraiment difficile. Mmm* »).

Evolution de sa pratique avec le temps : pas d'évocation de ce sujet, ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : pas d'évocation de ce sujet, ni par l'enquêteur ni par le médecin.

Avis sur la HAS : Très favorable.

Depuis son arrivée en France, M11 se refaire beaucoup aux RBP de la HAS. M11 apprécie une documentation de qualité, « validée au point de vue des résultats » (« *Euhhh... Moi je trouve que c'est vraiment très important. Première pour la bon, pour se renseigner, pour s'informer, qu'est-ce que c'est ... pratique médicale courante et aussi vraiment validée du point de vue des résultats. Après pour moi, c'est vraiment vraiment pratique, parce que ce que je fais depuis que je suis ici, je suis toujours sur le site de la Haute Autorité de Santé...* »).

Elle apprécie également la présence d'algorithmes qui facilitent les prises de décisions rapides (« *... je vois qu'ici les gens vraiment utilisent euh des guides. C'est vraiment très pratique. Humm, par exemple, si vous allez sur le site du Ministère de la Santé de Roumanie, pas de Moldavie, parce que c'est d'autres ... Vous allez voire y'a pas grand-chose comme guides* » ; « *C'est pas synthétique, y'a pas une euh, une euh... une algorithme, les algorithmes, on a ça, on fait ça, on fait ça, alors ça c'est important parce que des fois, même pour moi comme médecin généraliste je trouve ça très important, parce que des fois, vraiment tu dois, tu fais un clic, tu dois regarder juste encore une fois. A nos jours je pense qu'on peut pas avoir toutes les informations dans la tête* »).

M11 explique aussi l'importance de ces algorithmes de prise en charge pour garder de la rationalité, même avec l'expérience. En effet pour M11, l'expérience semble parfois apporter des biais de raisonnement (de surconfiance par exemple) qui pourraient nous amener à de mauvaises prises en charge. Ainsi, un cas clinique marquant (impact psychologique fort) pourrait nous amener à surestimer la fréquence de survenue de cas similaires, et à orienter notre prise en charge en fonction. L'existence d'algorithmes diagnostics permet donc d'éviter ce genre de biais (« *Après voilà, je pense que dans cette profession on a aussi une sorte de fierté et que on a l'expérience, et qu'on sait beaucoup, qu'on a vu, c'est vraiment ça. On, on, on... on commence à avoir une expérience personnelle, ou... des fois ça peut être vraiment que les cas particuliers, devient plus important que la moyenne...* »). Pour illustrer ses propos M11 prendra l'exemple suivant : « *euh par exemple tu as jamais eu un patient avec une infarctus du myocarde qui est venu avec une euh grande douleur dans l'abdomen et tu as vraiment raté ? Mmm ? Après une période, toutes les (montre son ventre de la main) (rires), toutes les douleurs de ventre vont voir le cardiologue, pffffiiiiit, avoir un ECG (rires), tout de suite hein !* ».

- Particularités de codage de cet entretien:

M11 est une praticienne d'origine roumaine, arrivée en France depuis moins d'un an au moment de la rencontre. Ainsi, une grande partie de l'entretien est destiné à la comparaison des pratiques dans ces deux pays.

Expérience de la bronchiolite en France :

Depuis son arrivée, n'a pas été sollicitée en premier recours pour cette pathologie. A reçu deux ou trois patients pour réévaluation après sortie d'hospitalisation pour bronchiolite. M11 a refait à cette occasion de l'éducation thérapeutique avec les parents (« *Alors ici, j'ai pas, je n'ai pas, depuis que je suis ici toute l'hiver, j'ai pas eu aucun patient avec une bronchiolite. Humm, j'ai juste des consultations avec des enfants après épisode de bronchiolite. Y'avait deux ou trois patients, ils avaient été en urgence, ... ils étaient hospitalisés pour deux ou trois jours et après ils étaient venu me voir après une semaine juste pour une consultation de contrôle et tout ça.* » ; « *Alors la plupart des enfants étaient souvent sous aérosols, et voilà, sous antipyrétique, si c'était le cas.* » ; « *Oui nébulisation, à l'hôpital* » ; « *Donc bon alors, ils étaient des enfants vaccinés tout ça, les mères étaient vraiment ok et conscientes de ce qui se passe, hummm... et pour le contrôle moi j'ai presque rien trouvé, on juste encore parlé des premiers signes d'une infection aigue* » ; « *Alors du point de vue socio-économique, tous les trois enfants sont des enfants qui sont dans des familles CMU, je ... sont pris dans CMU...* »).

Expérience de la bronchiolite en Roumanie :

M11 ne pratiquait pas beaucoup de pédiatrie dans son pays d'origine (« *une praxice, alors j'ai eu vraiment de même beaucoup des adultes, personnes âgées, pas beaucoup de clientèle en pédiatrie* »).

A noter que, en Roumanie, M11 ne traitait pas elle-même les bronchiolites en premier recours.

Elle pouvait être amenée par contre à les réévaluer, après leur sortie des urgences ou du pédiatre (« *E : Les patients venaient vous voire parce que ça n'allait pas mieux c'est ça ? M11 : C'est justement de me demander si ça c'est ok, mais en fait ils ont déjà commencé le traitement hein (rires)* »).

Cela était lié d'après elle à l'organisation des soins dans le pays (« *Oui mais voilà, c'est vraiment ça, à Bucarest y'avait plein de... y'a... quatre euh, quatre euh genre d'urgences pour les enfants. Oui. Ca veut dire que les enfants vraiment avec la bronchiolite des fois, ils allaient juste aux urgences, je, je les voyais après. Toujours.* »).

D'après M11, la prise en charge médicamenteuse dans la bronchiolite est plutôt développée dans son pays : béta 2 mimétiques de courte durée d'action, corticoïdes, antibiotiques. Elle base ses informations sur les observations qu'elle a pu faire auprès des prescriptions que les patients ramenaient (« *Par exemple, chez nous c'était bon, c'était les enfants qui faisaient de la Ventoline, après y'avait les enfants qui recevaient des corticoïdes. E : Par la bouche ou inhalé ? M11 : Inhalé. E : Inhalé. M11 : Mmm. Alors hummm, j'ai pas eu l'impression que ça*

c'est vraiment quelque chose qui, c'est comme on dit euh, chez nous on dit que la grippe passe en sept jours avec le traitement et en sept jours sans le traitement. » ; « ... il y avait des hôpitaux qui recommandaient même des antibiotiques, y'avait des autres hôpitaux qui ne recommandaient pas les hôpitaux » petit lapsus sûrement à la fin de cette phrase, M11 voulait sûrement parler « d'antibiotiques » et non « d'hôpitaux »).

Les patients pouvaient même se voir prescrire, lors d'un épisode de bronchiolite simple, un appareil de nébulisation à domicile (*« Ça dépend heu, je sais pas, bon, je ne sais pas. J'ai ... par exemple en Roumanie, c'est vraiment la mode d'avoir un appareil de nébulisation à la maison. » ; « Et aussi des aérosols, et tout ça, hein... E : A la maison ? M11 : Ouais ! » ; « Ouais, c'est vraiment euh, pour moi c'était de comprendre comment ça se passe parce que, mmm, y'avait pas mal de patients dans mon expérience qui venaient me voir, là-bas, après qu'ils ont, bon y'avait des rhinites, de n'importe quoi, de tout et tout ça et elle parle déjà de commencer un traitement aérosol avec Ventoline, Fluimucil et tout ça. Ils venaient me voir après »).*

M11 n'était pas partisane de ces traitements, qui pouvaient, d'après elle, développer des complications (*« Je ne suis pas un fan de ces traitements, vraiment, je pense que c'est... parce que j'ai vu des complications, j'ai vu des pneumonies après les aérosols. » ; « J'ai vu des pneumonies après les... parce qu'ils inhalaient, je ne sais pas ce qu'ils ont mis là-bas, mais oui j'ai vu des ... bon, c'est pas fréquent, mais quand même, j'ai vu »).*

c) Les biais:

Pas de biais cognitif évident lors de cet entretien.

Récapitulatif M11:

M11 est une femme de 45 ans, arrivée de Roumanie en Août 2018. Elle est donc récemment installée, seule, en zone rurale.

Dans son pays d'origine, M11 était Maître de Stage Universitaire. Actuellement, en France, M11 poursuit parallèlement une activité de Psychothérapie, par Skype.

M11 apprécie la pédiatrie. Cependant, c'est une activité qu'elle pratique peu, en Roumanie comme en France.

La définition de la bronchiolite est peu précisée par M11. Quelques notions sont explicitées indirectement (dyspnée, infection virale).

Les RBP de la HAS ne sont pas citées, mais M11 semble globalement connaître les recommandations actuelles. Elle cite l'inutilité d'une prise en charge médicamenteuse notamment. Elle appuie l'absence de prescription sur des « études ».

M11 n'exclut par contre pas un traitement médicamenteux en milieu hospitalier, en cas de signes de gravité.

M11 valorise la documentation médicale et l'appui des connaissances sur des référentiels. Depuis son arrivée en France, M11 s'investit beaucoup dans la documentation, notamment HAS. Elle cherche effectivement à s'adapter rapidement aux pratiques françaises.

M11 semble évoquer par moment la notion de devoir se remettre à niveau : « *Mmm, en ce moment oui parce que voilà, comme je viens d'arriver je ne sais pas quelles sont un peu les...* ». Ou encore, à ma question « *est ce que vous quelque chose à ajouter sur la bronchiolite ?* » elle termine l'entretien par : « *Je vais étudier ! Encore et encore ! (rires)* ».

Il est aussi à noter que M11 n'a jamais été sollicitée en premier recours pour une bronchiolite. L'organisation des soins est telle que, en Roumanie, les parents consultent directement le spécialiste ou les urgences. Ainsi, M11 semble passer rapidement la main aux urgences dans certaines situations. Par exemple, en cas d'inquiétude parentale, M11 privilégie un transfert aux urgences plutôt qu'une réévaluation par ses soins (« *Et pour les mères qui sont vraiment très anxieuses, je leur dit oui mais dès le début, si vous avez aucun souci, c'est mieux d'aller peut-être en urgences que ... aa... attendre à la maison quelque chose* »). Pour elle, cela constitue un risque de perte de chance pour l'enfant (« *Mais après je peux pas me confier tout le traitement pour la mère, qui est le traitement de la surveillance hein, de vraiment saisir quand ça tourne un peu, c'est vraiment ça, parce qu'un enfant hein moins de, bon à cet âge c'est un enfant qui vraiment... une demi-heure il peut se décompenser* », « *Moi j'ai pas la confiance de le garder...* »).

Conclusion M11:

M11 exprime de nombreux doutes et incertitudes durant cet entretien. Mais ces émotions contrefactuelles sont le moteur de sa curiosité, qui l'emmènent dans une dynamique de remise en question et d'apprentissage.

4.2.12. Analyse M12 :

a) Présentation :

- Caractéristiques- Parcours :

Femme de 37 ans, installée depuis 2012, en zone plutôt rurale (à 75%), en cabinet de groupe, secteur 1. Remplacements de 2010 à 2012.

Formation initiale : DES de médecine générale soutenu en 2010.

Autres activités :

- Maître de Stage Universitaire pour les externes.

Formation médicale continue : DPC (SFTG), Congrès de médecine générale annuel.

Apprécie la pédiatrie, comme tous les autres champs de la médecine générale. Apprécie la diversité, ne souhaite pas se spécialiser dans un domaine.

Activité pédiatrique de 0 à 6 ans : 30% (vérifié sur son site Ameli)

Activité pédiatrique de 0 à 2 ans : ne saurait pas l'estimer.

- Abord de l'entretien :

Enthousiaste et sérieuse à la fois.

b) Contenu de l'entretien :

- Concernant la prise en charge de la bronchiolite :

Définition de la bronchiolite : La question n'est pas abordée directement ni par l'enquêteur ni par le médecin, mais M12 donne suffisamment d'éléments annexes pour décrire la pathologie : notion de pathologie virale épidémique, à tropisme respiratoire, provoque une toux avec fébricule. Sibilants à l'auscultation. Histoire de la maladie : débute par une rhinopharyngite (« *ils viennent pour un contexte de toux, fin en général ils viennent plus pour un contexte de toux, une toux un petit peu grasse ils peuvent la décrire* » ; « *un petit fébricule* » ; « *Souvent y'a l'histoire aussi hein, les parents décrivent bien, y'a eu la rhino, machin, le ptit 38, enfin* » ; « *ronchis sifflements bilatéraux, fin* » ; « *La période aussi bien sûr* »).

Diagnostic différentiel : Evoque spontanément les limites entre la bronchiolite et l'asthme, sans donner de définition de l'asthme du nourrisson (« *Huummm, après euh, Ventoline... alors y'a toujours, si on est dans une bronchiolite pure, qu'on est pas euh, dans la, euh dans l'asthme...* »). Pose également la frontière entre la bronchiolite et une potentielle surinfection pulmonaire pneumopathie (« *un ou autre chose, fin... ou une surinfection pulmonaire* » ; « *ce pourrait peut-être être difficile de déceler une euh une pneumopathie euh chez un petit* »), une bronchiolite et une rhinopharyngite.

Prise en charge : Complètement conforme aux RBP de la HAS.

Prise en charge symptomatique avec MHD étayées et surveillance.

M12 précise bien que cette prise en charge concerne la bronchiolite simple (« *Ensuite euh, donc si, si c'est gérable en ville, qu'il a pas de détresse respiratoire, y'a pas de signes de gravité, euh, qu'il a plus de six semaines, voilà qu'il a deux mois, entre deux et trois mois, ou plus (petit rire), et euh, que les parents sont dégourdis* »).

MHD : « *fractionner un peu les biberons* » ; « *faire une DRP* », « *mettre un quelque chose sous le matelas du bébé* ».

Surveillance : Les consignes de surveillance sont données aux parents, par orale et par écrit sur une feuille dédiée à cet effet. M12 réévalue l'enfant en cas de nécessité. Rarement, la surveillance peut aussi être renforcée par des prescriptions de kinésithérapie. Enfin, M12 informe les parents de la continuité des soins, et des endroits où ils peuvent consulter en cas de fermeture du cabinet (« *je donne euh, par orale aux parents euh, les signes qui doivent alerter, dans les jours à venir si vraiment, y'a quelque chose qui évolue pas bien, donc euh, soit une forte fièvre, donc à 38 et demi je leur dirait ça va, euh si l'enfant a 39 ou plus, faut reconsulter* » ; « *je leur ai donné les éléments pour la surveillance, donc je l'ai dit par oral* » ; rarement, prescription de kinésithérapie : « *j'estime qu'il y a quand même besoin d'une petite surveillance, plus pour le côté surveillance ou sinon pour un bébé très encombré finalement* » ; « *Euuuh soit c'est le week-end, ils savent pas trop, ils ont un doute, y'a la maison médicale de garde* »).

- Traitement médicamenteux ?: Aucun.

⇒ Béta 2 mimétiques de courte durée d'action : « *Huummm, après euh, Ventoline... alors y'a toujours, si on est dans une bronchiolite pure, qu'on est pas euh, dans la, euh dans l'asthme...* » ; « *Bébé euh jeune, de toute façons y'a pas les récepteurs, encore euh matures euh* » ; « *... au niveau pulmonaire, donc à priori ça sert à rien d'en mettre. Donc voilà, on n'a pas montré de bénéfices, donc autant éviter d'exposer à d'éventuels effets indésirables.* » ; « *Et puis euh le traumatisme de certains bébés avec la chambre d'inhalation (rires), on sait que pour certains c'est compliqué* ».

⇒ Antibiotiques : « *A partir du moment où on leur explique bien, que c'est virale euh, voilà, qu'on insiste bien sur le fait que...* ».

⇒ Antitussifs : « *'fin, après tout ce qui est mmm... tout ce qui est euh... euh comment des choses pour euh antitussifs tout ça, de toutes façons chez les bébés euh, c'est pas franchement indiqué* ».

⇒ Corticothérapie per os et inhalée : « *Et euh corticoïdes euh non, pareil. Y'a pas d'intérêt dans la bronchiolite euh, E : Par la bouche ? Ou inhalé ? Les deux ? M12 : Bah euh ni l'un ni l'autre* » ; « *Donc voilà, pas d'autres traitements* ».

- Place de la kinésithérapie : Rarement employée, sauf en cas d'encombrement important ou comme partenaire de surveillance. A réduit sa prescription de

kinésithérapie depuis la lecture d'articles qui la controversaient (« Euh, c'est très, très rare, que je donne de la kiné respi. »; « Quasi quasi-jamais » ; « Parce que sur les derniers euh, les dernières recommandations, voilà on trouve pas forcément d'amélioration, après y'a un point qui est important pour moi, c'est si jamais par contre, j'estime qu'il y a quand même besoin d'une petite surveillance, plus pour le côté surveillance ou sinon pour un bébé très encombré finalement, ou ça peut aider à, à mmm... un bébé peut-être un peu jeune, euh, où j'avais avoir envie quand même qu'il soit réévaluer à 48 heures et moi j'avais pas forcément toutes les 48 heures le revoir, ou si ça tombe un week-end, ou avec une famille ou c'est pas évident euh, ils comprennent pas trop, ça me permet d'avoir quand même un petit contrôle clinique »; « mais finalement, ici, ça c'est rare euhhh que j'en ai eu besoin. » ; « Voilà. Mais euh bon, c'est pas zéro non plus. Ca m'est arrivé d'en prescrire »).

- Evaluation et gestion de la gravité:

Evaluation de la gravité : Evaluation de la tolérance par les données de l'interrogatoire (« S'il mange un peu moins de la moitié »), puis sur les signes de gravité de l'examen clinique (« l'état, l'hydratation aussi, on regarde un peu la langue, la bouche, le petit pli, le pli cutané, l'état général, la couleur du bébé, 'fin savoir s'il me regarde, s'il participe, ou s'il est vraiment très apathique évidemment, ça m'alertera... » ; « une petite fréquence respiratoire » ; « Si y'a des signes de détresse respiratoire, je regarde si y'a des battements des ailles du nez, si il balance au niveau thoracique, si il creuse un petit peu sur les côtes »).

L'âge est un critère de gravité : « Une bronchiolite avant six semaines euh, si vraiment y'a vraiment une vraie bronchiolite, ça peut être un motif d'hospitalisation euh ».

Le contexte socio-économique peut être un critère de gravité : « sinon la situation des parents, s'ils sont cortiqués ou pas euh, euh... si euh, si euh c'est un parent isolé ou pas »; « l'évaluation sociale »).

Gestion de la gravité : « J'leur donne toujours une conduite à tenir en cas d'urgence, quand le bébé va pas bien, appelez le 15. Euuuh soit c'est le week-end, ils savent pas trop, ils ont un doute, y'a la maison médicale de garde. Dans le pire des cas, les urgences, si vraiment ils peuvent pas faire autrement ».

- Examens complémentaires ? : non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

• Autres codages :

Référentiels et sources d'information : Son dernier référentiel date de son dernier passage en service de Pédiatrie en tant qu'interne en 2010. A cette époque leur avait été fourni des articles à lire concernant la prise en charge symptomatique de la bronchiolite. Par ailleurs,

M12 reste attentive à un éventuel changement ; elle lit régulièrement des revues médicales. (*« Euuuh, où j'ai ... bah pfff, c'est quand les dernières, bah c'est les dernières recommandations, alors j'sais plus si c'était euh sur l'HAS ou même, 'fin voilà, déjà quand j'suis passée en pédiatrie à Orsay, ils nous disaient « surtout pas de Vento, pas de... », en effet on a eu des articles là-dessus » ; « Ouais 2010 euh, ça va faire bientôt 10 ans déjà. Après, euh, régulièrement, j'lis un ptit peu Prescrire aussi donc quand y'a des nouvelles prises en charge euh c'est pareil hein, on voit que ça a pas tellement bougé depuis 10 ans, euh là-dessus, hein, et puis euh..., si l'HAS, de temps en temps je jette un œil sur les recommandations de l'HAS, alors est-ce que y'a des reco sur la bronchiolite de l'HAS, qui datent de moins de 10 ans, je ne crois pas »).*

Recommandations HAS de la bronchiolite : Pense les connaître mais ne sait pas si c'était à partir de la lecture des RBP même, ou d'une autre source (*« alors j'sais plus si c'était euh sur l'HAS ou même... »*).

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

Gestion de l'inquiétude des parents : non mentionné spontanément par le médecin et non relancé par l'enquêteur.

Education thérapeutique : C'est une partie particulièrement étayée chez M12. L'éducation thérapeutique concerne l'information sur la pathologie et son évolution (*« j'essaye de surtout insister sur euh, euh, explications vraiment aux parents, de ce que c'est, que c'est viral, que c'est une pathologie euh, qui va passer toute seule, euh »*).

M12 pratique une éducation thérapeutique aux signes d'alerte qui doivent pousser à reconsulter. Les signes de gravité sont expliqués pendant l'examen clinique de l'enfant (*« je donne euh, par orale aux parents euh, les signes qui doivent alerter, dans les jours à venir si vraiment, y'a quelque chose qui évolue pas bien, donc euh, soit une forte fièvre, donc à 38 et demi je leur dirait ça va, euh si l'enfant a 39 ou plus, faut reconsulter, je leur décrit donc au moment où je fais l'examen en général je leur dit « bah voyez là je cherche tel signe de détresse, les ailes du nez », « en même temps je leur explique pour que eux puisse le rechercher après » ; « Donc, les ailes du nez, les côtes qui euh qui creusent » ; « En même temps que l'examen, je leur explique ce que j'fais » ; « ... faire eux aussi la même chose, après euh à la maison »*).

M12 pratique également une éducation à la DRP pendant l'examen clinique (*« parfois ça m'arrive de leur montrer euhhh, une DRP, pendant l'examen. » ; « Si le bébé est encombré et que moi-même j'ai besoin pour bien ausculter, bah j' préfère même le faire pour mon auscultation, finalement, le jour même » ; « Euh, et en même temps ça me permet de leur montrer des fois y'en a qui sont pas forcément à l'aise ou qui savent pas trop, qui font avec le mouche-bébé à la maison, bon c'est vrai que moi, j'recommande pas forcément le mouche-bébé » ; « J'leur dis de faire plutôt euh au sérum phy, j'ai toujours une pipette de sérum phy euh à côté, euh et j'leur montre »*).

M12 informe également sur les autres MHD (« *Et puis euh, euhh, donc j'leur dis de contrôler un peu tous les jours jusqu'à que ça aille mieux, la la la, ttt, la température. Je leur demande donc de fractionner un peu les biberons* » ; « *peuvent monter un petit peu le euh comment, mettre un quelque chose sous le matelas du bébé* »).

Donne les éléments de surveillance à l'oral, mais aussi à l'écrit, sur une feuille préétablie de surveillance type, dédiée à cet effet (« *je leur ai donné les éléments pour la surveillance, donc je l'ai dit par oral* » ; « *j'leur édite systématiquement une ordonnance, avec sur l'ordonnance euh, c'est réécrit, tout ce que j'ai dit par oral, c'est écrit, j'ai des ordonnances types* » ; « *Signes de gravité, euh, la fièvre à surveiller* »).

Incite également les parents à consulter les conseils des carnets de santé : « *Des fois, j'leur dis aussi de jeter un petit coup d'œil sur les... conseils qu'y avait dans les carnets de santé. Alors ceci dit, j'ai ... les tout nouveaux carnets de santé euh, j'ai plus, je sais plus, parce que dans les... ceux qu'on avait jusqu'à maintenant, y'avait un petit truc sur les gastros, et sur les gênes respiratoires, bronchiolites. Donc j'trouvais ça assez bien fait euh* », « *des fois j'leur dit dans le carnet de santé y'a pas mal d'infos, quand y'a un truc d'aiguë comme ça, que vous savez pas trop quoi faire euh* ».

Les éduque également sur la conduite à tenir en cas de signes de gravité : « *J'leur donne toujours une conduite à tenir en cas d'urgence, quand le bébé va pas bien, appelez le 15. Euuuh soit c'est le week-end, ils savent pas trop, ils ont un doute, y'a la maison médicale de garde. Fin samedi matin, nous y a toujours quelqu'un ici sinon. Euuuh voilà. Dans le pire des cas, les urgences, si vraiment ils peuvent pas faire autrement* ».

Education thérapeutique en cas de demande d'antibiotiques : « *A partir du moment où on leur explique bien, que c'est virale euh, voilà, qu'on insiste bien sur le fait que...* » ; « *Sur ça, en tous cas, ici on est sur un secteur où quand on prend bien l'temps d'expliquer, qu'on voilà, ils comprennent bien, viral, pas viral. Hum, ils... voilà. Pareil, j'explique pendant l'examen clinique que je recherche des signes de surinfection bactérienne, pour justement savoir si y'avait besoin d'antibiotiques, pour une otite qui aurait compliqué la bronchiolite, ou autre chose, fin... ou une surinfection pulmonaire. Donc, à partir du moment où je leur explique ce qu'on cherche, euh c'est justement des critères pour savoir si y'a autre chose* ».

Angoisse parentale : non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Angoisse du médecin : non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Notion d'intuition : non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Evolution de sa pratique avec le temps : N'a pas changé sa prise en charge de la bronchiolite depuis le début de sa carrière (« *E: Finalement, ça a toujours été votre prise en charge...*, M12 : *Oui, E : ... y'a pas eu de changement par rapport à ça, M12 : Nan* »).

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : non mentionné par le médecin, non relancé par l'enquêteur.

Avis sur la HAS : Mitigée.

Apprécie d'une part certaines RBP de la HAS, notamment du fait de la tendance à la déprescription, qu'elle approuve (« *les recommandations de bonnes pratiques, ça dépend sur quel sujet. Sur les bronchiolites, j'trouve que globalement ça va. Euh, euh, on a quand même tendance c'est sûr à plutôt aller vers, 'fin, en mettre quand même de moins en moins, 'fin je trouve hein, globalement on essaye de pas, euh de déprescrire finalement* »).

Désapprouve certaines autres RBP. Notamment sont concernées les RBP pour laquelle M12 évoque des fondements davantage économiques que scientifiques (« *Et euh après pour les recommandations de bonnes pratiques, par rapport au reste, y'a des sujets où y'a quand même beaucoup de controverses, parce que y'a sur certains sujets, souvent un critère économique qui rentre énormément 'fin, économique à court terme, qui rentre en ligne de compte, euh...* » ; « *Euh voilà, j'pense un peu au diabète euh, 'fin d'autres types de recommandations, euh, qui parfois suivent euh, en tous cas, pour les françaises, on voit que ça suit pas forcément les européennes, et souvent y'a un critère économique quand même, ...* » ; « *Ou parfois y'a des recommandations, qui sortent, on sait pas d'où ça sort, et.. y'a pas de preuves scientifiques apportées, le comité scientifique euh... fait pas références à des, à des éléments scientifiques prouvés* »).

Donne l'exemple des RBP du diabète de type 2 (« *Bah, sur le diabète, mettre l'Aspirine, ça fait même parti de nos indicateurs de... de ROSP, euh y'a aucun papier qui montre que mettre de l'Aspirine chez un diabétique euh apporte un gain en terme de morbi-mortalité, ça c'est, y'a aucun papier qui a prouvé ça et pourtant ça fait partie de nos recommandations, et même de nos, de notre ROSP quoi* » ; « *C'est un peu vicieux, parce qu'on veut tout faire bien et finalement si on prend tout pour argent comptant, ce que demande la sécu, ou l'HAS, on se rend compte que y'a des trucs qui sont pas forcément... 'fin voilà. Pendant longtemps, l'HAS a recommandé chez le diabète euh, hum, hum, Metformine Sulfamide, 'fin, puis finalement on s'rend compte que... que voilà ajouter les deux, l'association et pas forcément intéressante* »).

Prône du coup l'indépendance des référentiels, prône l'importance de garder un esprit critique quel que soit l'émetteur de l'information. Exprime la place difficile qu'occupe les généralistes en la matière de recueil d'information (risque de désinformation). Mentionne l'impossibilité de se fier entièrement à la HAS. Exprime également la nécessité de recouper plusieurs sources d'informations (RBP françaises, étrangères, lecture d'articles) afin d'obtenir l'information la plus juste possible : (« *'fin voilà, on le retrouve plutôt sur Prescrire. 'Fin l'avantage de Prescrire, c'est que Prescrire c'est indépendant. Mais, c'est à nous de faire notre sauce euh, sur euh, les euh recommandations européennes euh, sur, euh, sur des recommandations entre autre de Prescrire, indépendantes, mais en même temps être au courant de l'HAS, ce qu'elle dit et ce qu'elle veut qu'on fasse, ... C'est en cela que des fois c'est difficile parce que quand on a un papier de l'HAS, on peut pas, 'fin, on est pas euh sûr, bien que ce soit l'HAS, on est pas euh, certain que...* » ; « *Donc ça, j'trouve que ça entrave, ça entrave, 'fin c'est difficile pour nous euh, enfin pour les médecins généralistes, j'trouve que c'est difficile euh de... de... voilà, tout vérifier tout l'temps, c'est compliqué... Moi c'est une des raisons aussi pour laquelle maintenant, j'suis abonnée à... à Prescrire.* » ; « *Mais c'est pareil, Prescrire, euh, prendre tout pour argent comptant, 'fin on sait très bien que parfois*

c'est ... c'est too much, 'fin (rires), 'fin c'est voilà, les recommandations en général, faut arriver à avoir plusieurs sources pour avoir euh l'info à peu près le... ».

- Particularités de codage de cet entretien:

Tendance générale des pratiques médicales à la déprescription : « *Euh, euh, on a quand même tendance c'est sûr à plutôt aller vers, 'fin, en mettre quand même de moins en moins, 'fin je trouve hein, globalement on essaye de pas, euh de déprescrire finalement, E : Oui, M12 : De pas, par rapport à y'a quelques années. Euh, ce qui est bien ».*

c) Les biais:

Pas de biais retrouvé à cet entretien.

Récapitulatif M12:

M12 est une femme de 37 ans, installée depuis 2012, et maître de stage Universitaire.

La définition de la bronchiolite semble connue même si elle n'est pas explicitée directement. Les RBP de la bronchiolite seraient connues par M12, mais si celle-ci ne se souvient plus dans quelle source elle en a pris connaissance. Sa prise en charge de M12 est conforme aux RBP de la HAS. Elle est en effet complètement symptomatique.

Pour la surveillance, M12 s'appuie notamment sur l'éducation thérapeutique. Elle peut ainsi inclure les parents dans cette surveillance.

La kinésithérapie tient une place facultative. Elle est préconisée dans les cas d'encombrement important, ou bien la nécessité d'avoir un partenaire de surveillance.

L'éducation thérapeutique des parents est le temps fort de la prise en charge de M12.

Les parents deviennent des partenaires de soins et de surveillance. En effet, cette éducation thérapeutique donne aux parents une certaine compétence, qui leur permet de gagner en autonomie.

M12 désire garder un esprit critique et indépendant. C'est dans ce sens qu'elle analyse la HAS, et qu'elle confie les doutes qu'elle peut parfois avoir sur les motifs de publications de certaines RBP. M12 s'informe à travers différentes sources et recoupe les informations.

Conclusion M12:

Les prises de décisions de M12 sont de type algorithmique. En effet, d'une part, elles semblent guidées, pas à pas, par des éléments objectifs de son examen clinique. D'autre part, elles sont basées sur des connaissances, venant de sources les plus fiables possibles, et remises à jour régulièrement. Cela explique peut-être l'absence de biais retrouvés à l'entretien, notamment l'absence de biais de soumission à l'autorité et de biais de conformisme.

4.2.13. Analyse M13 :

a) Présentation :

- **Caractéristiques- Parcours :**

Homme de 67 ans, installé en milieu semi-rural, en cabinet de groupe (trois médecins généralistes, un podologue, deux infirmières), en secteur 1. Prépare son départ définitif à la retraite pour janvier 2020 (est en cumul emploi-retraite).

Formation initiale :

- formation diplômante supplémentaire de deux ans de médecine générale réalisée à la sortie de l'Université.
- compétence supplémentaire en Santé Publique.

Autres activités :

- a travaillé à mi-temps libéral et hospitalier de 1980 à 2017, avec comme activité hospitalière une activité en Pharmacovigilance. Etais membre de la Commission nationale de Pharmacovigilance à l'ANSM, groupe « grossesse ». Activité uniquement libérale depuis 2017.

Formation continue : abonné à Prescrire et Concours Médical ; Formation DPC.

Pas de préférence d'activité. Pédiatrie 0-12 ans estimé à 10% environ. Pas d'estimation de la tranche 0-2ans.

- **Abord de l'entretien :**

Accueillant, un peu restreint par le temps. Devient moins à l'aise lors de l'abord du thème de l'entretien.

b) Contenu de l'entretien :

- **Concernant la prise en charge de la bronchiolite :**

Définition de la bronchiolite : La définition n'est pas explicitement demandée par l'enquêteur. Les notions de fièvre, dyspnée et sibilants sont exprimées (« Bah euh la fièvre et puis euh des râles sifflants quoi... » ; « et puis des râles sibilants à l'auscultation quoi. Une gêne respiratoire »). Apparaissent également les notions de rhinopharyngite qui précède, et de virose (« A l'auscultation, essentiellement... la rhino qui précède souvent. » ; « Souvent dans un contexte de euh d'infection virale, enfin très souvent, quoi. »). Certaines notions sont plus vagues, notamment les limites d'âge (« S'il est... bah... on va être, enfin j'sais pas moi, j'suis plus inquiet si c'est un tout petit que si c'est un gamin de cinq ans, quoi mais... » ; « ...24 mois. Je... on va dire ça... hein, E : Ouais d'accord, M13 : Grosso modo. E : C'est l'âge qui vous inquiète plus, M13 : En dessous de 24 mois, euh... on va être plus... »).

Diagnostic différentiel : Pas de renseignements sur ce codage, non relancé par l'enquêteur.

Prise en charge: Plutôt non conforme aux RCP. Prise en charge reposant sur plusieurs prescriptions médicamenteuses.

MHD : « Humidifier la chambre »; « Les mesures classiques euh... Sur une rhino quoi hein... ».

Surveillance : « Voilà euh, on va se donner euh... si j'le renvoie chez lui et que j'l'envoie pas à l'hôpital parce que j'le trouve pas trop mal, euh on va s'donner 48 heures pour voir comment ça évolue et puis euh un coup d'fil aux parents, ou qu'ils reviennent euh, quand euh, s'ils sont inquiets ou si ça va pas euh... On va évaluer euh, réévaluer l problème ».

- Traitement médicamenteux ?: Principalement corticothérapies inhalée et per os en quasi-systématique, Béta 2 mimétique de courte durée d'action en facultatif.
 - ⇒ Corticothérapie inhalée : systématique (« Bah j'crois que j'sais pas si j'fais bien hein ? »; « Mais euh... Moi j'ai tendance à mettre des corticoïdes hein »; « Oui, oui oui, des corticoïdes inhalés, avec une chambre euh »; « E : D'ailleurs, vous laissez combien de temps le Bécotide ? M13 : Ouais pareil, E : Vous le laissez euh... ah 3-4 jours ? M13 : Ouais ! 3-4 jours, ouais »).
Raison de cette administration : « La euh... l'effet immédiat, quoi enfin l'effet rapide. »; « La levée de... de l'inflammation ouais ».
 - ⇒ Corticothérapie per os (Celestène): au début facultatif si critères de gravité, puis systématique dans la suite de l'entretien : « Bah, le plus souvent... ça dépend de l'état de l'enfant quoi, E : Ça dépend de l'état de l'enfant, M13 : Si l'enfant est pas trop mal euh, ça va se limiter à des corticoïdes inhalés, s'il est euh moins bien,... ou qu'il est très fébrile euh, ou gêné au plan respiratoire vraiment »; « Sur une première euh, une première fois j'pense que j'donne que des corticoïdes ouais... »; « Donc c'est facultatif en fait l'administration de Celestène? M13 : Non j'dirais pas ça dans ma pratique c'essst quasiii euh... E : C'est quasi-systématique, M13 : Ouais. Quasi systématique ».
Raison de cette administration : M13 semble justifier cette prescription par la nécessité d'appuyer transitoirement l'effet des corticoïdes inhalés (« ... , Ouais, ouais ouais. Euh... pffff... Bah aaeuuh, quand on voit l'gamin qui est, qui a à l'évidence une bronchiolite, ça se passe bien avec le spray de... de... de de Bécotide ou d'autre chose, à ce moment-là on l'met sous corticoïdes par voie orale pendant ... 3 – 4 jours enfin c'est très, très bref quoi hein. Pour euh assurer les choses à domicile quoi, pour qui s'remette pas euh directement à être euh sifflant dès qu'il arrive chez ses parents quoi, puis qu'on remette ça quoi... »; « Ouais, ouais, éviter la récurrence »).
 - ⇒ Béta 2 mimétiques de courte durée d'action (Ventoline) : Facultative.

Si présence dyspnée importante : « Bah la gêne respiratoire plus aiguë euh, d'un coup quoi, très brutalement euh, à ce moment-là euh, qui euh, voilà quoi, que ce soit moins, moins un truc qui dure dans le temps quoi. Donc qui y'a eu une euh,... ».

Début d'administration au cabinet + /- prescription à domicile : « ... euh au cabinet à ce moment-là, on va en faire s'il est très gêné... E : Ah au cabinet, euh, en votre présence, M13 : Voilà, ouais. », « E : S'il a des signes de gravité ? M13 : Oui » ; « E : du coup vous l'essayez avant qu'il aille aux urgences ou ... M13 : Oui, oui oui, E : ... Ou est-ce que vous pouvez même l'essayer avant qu'il rentre chez lui ? M13 : Ou avant qu'il rentre chez lui. » ; « E : Et vous pourriez prescrire aussi pour les parents ? Qu'ils l'administrent... M13 : Ca arrive, ça arrive... » ; « Oui, oui, oui, qu'ils repartent avec un flacon de Ventoline, ça... c'est pas exclu quoi... bah en cas de gêne quoi, enfin... ».

En fonction de l'âge de l'enfant : « puis ça dépend de l'âge de l'enfant aussi », « S'il est... bah... on va être, enfin j'sais pas moi, j'suis plus inquiet si c'est un tout petit que si c'est un gamin de 5 ans, quoi mais... » ; « 24 mois. Je... on va dire ça... hein, E : Ouais d'accord, M13 : Grosso modo. E : C'est l'âge qui vous inquiète plus, M13 : En dessous de 24 mois, euh... on va être plus... »).

Et en fonction de l'inexpérience des parents ? : « Puis ça dépend d'la famille », « aussi, c'est... si les parents ont d'autres enfants, qui ont déjà eu des... épisodes chez des enfants plus âgés, euh... par le passé, bon... on sera plus en confiance que si c'est un premier gamin avec des parents qui sont hyper inquiets euh..., ... ils gèrent déjà pas la température euh... voilà. ».

⇒ Antibiotiques : En cas de persistance de la fièvre ou de signes de surinfection pulmonaire : « Pas dans un premier temps, non. E : Pas dans un premier temps. M13 : Non non. J'peux réévaluer effectivement comme j'vous l'disais si on revoit les parents avec le gamin qui va pas bien, qui est toujours fébrile par exemple, euh... euh puis à l'auscultation qu'y a pas que des sibilants, qu'y a euh... bon à ce moment-là on peut euh oui ... E : Des signes de surinfection... M13 : Voilà j'mettrais de l'Amoxi euh... à euh, mais jamais dans un premier temps ».

- Place de la kinésithérapie :

Semble facultative en cas d'encombrement important ou de nécessité de surveillance (« Euuuhhh... voilà dans un premier temps, ... euh et puis euh s'il est très gêné au plan respiratoire euh... on a de la kiné, on a des kiné qui font de la kiné à domicile dans l'Essonne donc euh... on mettra de la kiné en place »).

Puis finalement de manière plutôt systématique (« E : De manière systématique ? M13 : Quasi ouais. » ; « ... puis on est sûr qu'y a un para-médical qui va passer pendant 3-4 jours euh, quiiii, ... comme y'a une association dans l'Essonne, qui s'appelle Kiné Essonne » ; « ... Donc on les contacte, ils se déplacent assez facilement, et ça permet qu'y ait un passage euh, euh, au quotidien, ils connaissent bien la pathologie, c'qui fait qu'ils ont euh une euh, ... un... une idée sur l'état de l'enfant »).

aussi, et qu'ils peuvent aussi euh... rassurer les parents, ou ne pas les rassurer, ou les inquiéter »).

- Evaluation et gestion de la gravité:

Recherche des signes de gravité : « Baaaah un tirage euh, une gêne respiratoire plus importante que la simple dyspnée quand on les voit quoi »; « Euh, la pâleur euh »;

Orientation vers les urgences si nécessaire : « Et éventuellement hospitalisation euh derrière... ».

- Examens complémentaires ? : non mentionné par le médecin, pas de relance de l'enquêteur.

• Autres codages :

Référentiels et sources d'information :

N'a pas de références récentes concernant la bronchiolite. Ne se rappelle pas exactement de quelle source il tire sa prise en charge actuelle. Affirme que les notions qu'il détient ne remontent pas à ses années d'études, mais seraient plus récentes.

Aurait pu lire des articles la concernant (« Non, des lectures SUR la bronchiolite quoi... donc euh... E : Ah c'était des lectures spécifiques sur la bronchiolite... M13 : Oui oui oui... E : D'accord, M13 : J'peux pas vous donner la date et l'heure hein... »).

Ne se souvient pas de séances de formation continue spécifique à ce sujet : *« J'ai pas le souvenir d'avoir fait une formation euh spécifique sur la bronchiolite ».*

Peut-être que cela remonte à des périodes où il assistait à des staffs de pédiatrie : « Mais pendant... peut être les dix premières années de mon installation, ... euh j'allais aux staffs de pédiatrie d'Orsay. Chez Mselati. Qui étaient le mercredi soir euh, j'y allais, toutes les, c'était tous les mois j'crois euh, y'avait un gros staff, qui était ouvert euh, sur l'extérieur en fait. E : D'accord, M13 : Et donc j'ai été à ça ouais donc pendant une dizaine d'années à peu près. Donc peut-être qu'il m'en reste des traces de ... ».

Recommandations HAS de la bronchiolite : Non connues (*« Non, j'les ai pas regardé récemment, nan. »; « E : D'accord. C'est des études qui datent de 2000, et euh... M13 : Donc ça pas dû beaucoup changer (rires) »).*

A leur énoncé par l'enquêteur, elles sont d'abord entendues, sans commentaires.

Puis apparition d'un certain scepticisme concernant leur application pratique sur le terrain (*« E : Donc bah en fait à l'époque, en 2000, ils ont préconisé de ne plus donner de médicaments dans les bronchiolites, du tout. (rires) Et donc du coup, j'voulais savoir qu'est-ce que vous en pensez ? M13 : Bah que euh... c'est des gens qui voient pas les enfants quoi... hein. E : Ouais, ça vous semble pas très réaliste. M13 : (Non de la tête) »; « C'est très facile de faire des recommandations, d'ce type là quand on est hospitalier euh »).*

Gestion de l'inquiétude des parents et Education thérapeutique des parents (y compris, argumentation et explications concernant la pathologie et sa prise en charge) :

D'après M13, la gestion de l'inquiétude des parents ainsi que leur éducation thérapeutique dépendent de leur expérience en la pathologie. Si ce n'est pas leur premier enfant qui est atteint de la maladie et qu'ils ont déjà eu à faire avec des situations similaires, il n'y aura pas spécialement besoin de réaliser une réassurance ou une éducation (« *A l'inverse, quand ils ont eu euh, déjà euh trois gamins, qu'ont déjà fait des euh bronchiolites euh, ils arrivent, ils ont déjà donné les corticoïdes, ils sont à trois jours d'évolution, euh, donc bon, ça s' passe pas du tout de la même euh, de la même manière quoi hein euh Ou ils sont allés directement aux urgences d'ailleurs, euh, parce qu'ils avaient euh fait ce qui fallait à domicile, et puis que ça s' passe pas donc euh* »). Ce n'est pas forcément le cas avec des parents inexpérimentés (« *si c'est un premier enfant et qu'ils ont jamais euh été confronté à ce genre de truc, euh, en général ils sont assez paniqués quoi* »). Les modalités de réassurance et d'éducation thérapeutique pour ces parents ne sont pas détaillées par M13 malgré la relance de l'enquêteur.

Angoisse parentale : Les parents peuvent être angoissés, surtout s'ils sont inexpérimentés dans la bronchiolite (« *on sera plus en confiance que si c'est un premier gamin avec des parents qui sont hyper inquiets euh...* »; « *Bah comme j'vous disais tout à l'heure, ça dépend effectivement de la situation de l'enfant dans la fratrie euh, si c'est un premier enfant et qu'ils ont jamais euh été confronté à ce genre de truc, euh, en général ils sont assez paniqués quoi* » ; « *Hein voilà. Voilà, puis euh, le, leur faire au cabinet une bouffée de Bécotide par exemple, enfin j'veux dire si l'gamin va mieux, euh ils sont hyper rassurés les parents hein... Voilà, donc euh* »).

Angoisse du médecin : non mentionné par le médecin, pas de relance de l'enquêteur.

Notion d'intuition : non mentionné par le médecin, pas de relance de l'enquêteur.

Evolution de sa pratique avec le temps :

Note une modifications de sa pratique avec le temps.

En effet, auparavant les antibiotiques étaient systématiques (pas facultatif, en cas de surinfection seulement) : « *Oui, oui oui, oui oui, baaah euh, ne serait-ce que les antibiotiques quoi... E : Avant vous en prescriviez, maintenant... M13 : Systématiquement, ouais...* ».

Ces modifications concernent aussi la théophylline, qui se prescrivait dans cette indication et dans l'asthme également, qui ne se prescrit plus (« *Baaah ouais, j'suis un vieux médecin, donc euh, y'avait d'la théophylline, y'avait des choses comme ça qu'on donnait hein euh, ça n'existe plus, vous connaissez même pas la molécule vous, donc euh, voilà donc euh tout ça ça a sauté, on donnait d'l'eusotine, on donnait tout un tas de trucs comme ça, qui servaient à pas grand-chose objectivement hein, donc euh... la théophylline potentiellement c'était dangereux en plus, hein, donc euh...* »).

Apparition dans sa pratique des médicaments sous forme de « sprays » à inhaler (« *C'qui a révolutionné les choses, c'est les sprays hein, clairement, ...* »).

Intérêt ou désintérêt/banalisation de la bronchiolite : non mentionné par le médecin, pas de relance de l'enquêteur.

Avis sur la HAS : approuve leur qualité théorique, sceptique sur leurs applications.

Accepte et intègre l'utilité de réaliser des RBP en accord avec les données actuelles de la science, mais ne trouve pas réaliste leur application sur le terrain, au niveau de la pratique : « (silence) Bah sous, sous... 'fin, ... J'entends toujours les... llll... les recommandations, j'les prends en compte, j'essaye de modifier mes pratiques en fonction de ça, aussi. Mais parfois j'ai l'impression quand même qu'on est dans des mondes un peu différents quoi. C'est-à-dire euh, des réunions de l'HAS dans une salle fermée, sans patient et tout ça, et qu'on raisonne très théoriquement, sur des études euh, sur euh tout ça, et puis que quand on est tout seul dans son cabinet, avec des patients, c'est un TOUT PETIT PEU différent, quoi hein... Donc euh... les recommandations elles sont pas toujours euh... Bien sûr que j'comprends bien que euh... iiii... faut bien qu'ils se... qu'ils donnent des recommandations qui sont en, en accord avec les données de la science et tout ça hein euh... tout ça, je nie pas ça quoi... mais après, est-ce qu'on est en mesure dans un cabinet, tout seul, de lees retransmettre à 100%, je crois que non. (silence) ».

Le principal frein à l'application des RBP repose donc, d'après M13, sur les relations humaines : « Bah y'a, y'a des freins, y'a la relation avec les gens, quoi on raisonne pas avec des articles et des bouquins, on raisonne avec des gens quoi. Et donc ça, ça change euh notablement les choses euh quand même quoi. E : Mmm. (silence 3 secondes). Parce qu'ils sont pas prêts à entendre euh ou... M13 : Pas toujours, pas toujours ».

Critique la tendance générale à déprescrire dans les RCP de manière générale : « ... je sais bien que la tendance actuellement c'est de rien donner dans rien d'ailleurs. Plus largement que pour la bronchiolite. »; « Bah oui, d'une façon générale euh faut rien donner, j'veux dire en général, les gens quand ils sont venus, ils ont déjà fait des choses, quand ils arrivent avec 39, et... j'dis pas qu'il faut donner des antibiotiques à tout va hein ».

Evoque également le frein lié au manque de temps dans la consultation : « Puis que ça demande plein d'temps hein d'expliquer pourquoi on prescrit pas non plus hein ! (silence) ».

Evoque ensuite la difficulté d'appliquer des RBP dans les consultations de médecine générale, dont l'exercice est devenu compliqué d'après M13, ainsi que devant les multiples préventions dont le médecin généraliste doit se préoccuper par ailleurs: « Puis qu'il faut aussi s'occuper de... d'la prostate euh, duuuu colon, de... même si les gens viennent pas pour ça donc euh...c'est UN PEU compliqué quoi hein. L'exercice est devenu très compliqué quoi. E : Ouais, ouais. M13 : J'vous souhaite bon courage ».

Particularités de codage de cet entretien:

Peu de pratique de la bronchiolite : M13 insiste à de nombreuses reprises au cours de l'entretien sur le fait qu'il ne voit pas beaucoup de bronchiolites au cours de sa pratique: « alors est-ce que vous pourriez me raconter du coup votre prise en charge de la bronchiolite

? M13 : ... (silence) E : (en chuchotant) C'est vague... M13 : Ouais c'est un peu vague hein... »;
« Globalement j'en vois assez peu ».

M13 évoque la possible raison qu'il y ait des pédiatres et trois services d'urgences pédiatriques à proximité : « J'en vois euh... pas beaucoup dans l'année euh, on a des pédiatres qui sont installés dans le coin donc euh qui prennent pas mal euh... »; « On a euh, trois services de pédiatrie, à proximité donc euh... », « c'est vrai que les gens vont assez facilement aux urgences dans le, la situation euh particulière »;

M13 évoque également la raison de son âge : « Voilà, donc on... A titre personnel j'en vois assez peu. Hein, c'est peut-être que mes collègues en voient plus, parce qu'ils sont plus jeunes et qu'ils voient peut-être plus d'enfants que moi »; « Bon, j'en vois très peu quoi ».

c) Les biais:

Les RBP de la bronchiolite sont exposées à M13. La première réaction est plutôt une réaction d'acceptation : « Voilà. Bon. J'en pense rien quoi, hein. J'entends l'info quoi, mais... »; « E : Euh alors du coup est-ce que vous avez un avis sur la question ? M13 : Nan. J'ai pas d'avis sur la question. Nan, nan ».

Puis, M13 émet quelques réserves par rapport à ces RBP, dans lesquelles apparaissent des biais cognitifs.

Effet placebo :

Les prescriptions médicamenteuses de M13 ont également une utilité à visée placebo.

« Bah parce que euh... c'est toujours euh... d'une part c'est toujours très difficile de dire aux parents quand ils ont un ptit garçon, un ptit enfant tout petit, qui va pas bien, en gros, « rentrez chez vous, ça va passer ». Euh... ça passe en général par des... E : Ouais face aux parents c'est pas très très crédible. M13 : Hein voilà. Voilà, puis euh, le, leur faire au cabinet une bouffée de Bécotide par exemple, enfin j'veux dire si l'gamin va mieux, euh ils sont hyper rassurés les parents hein... Voilà, donc euh... je sais bien que la tendance actuellement c'est de rien donner dans rien d'ailleurs. Plus largement que pour la bronchiolite ».

« Ca me paraît du bon sens quoi hein, E : Ouais... Donc finalement, cette ordonnance de médicaments euh, déjà, indépendamment de l'efficacité des médicaments, finalement c'est quelque chose qui rassure la patient. M13 : Ouais, bien sûr. Bien sûr. Même si c'est que du Paracétamol hein ! »; « Le fait de les écouter, de les prendre en charge, prendre leur gamin euh ... leur gamin en charge euh, ils sont, ils sont contents quoi, ils sont rassurés, ils vont repartir tranquilles. S'ils repartent euh en trois minutes, en leur disant « c'est rien du tout rentrez chez vous », euh y'a toutes les chances qu'ils aillent voire un autre médecin, ou qu'ils filent aux urgences euh, en sortant d'ici quoi... ».

« Y'a plein de choses qu'on fait vous savez qui sont pas efficaces et on les fait quand même hein... »; « Parce que on l'sait... et que voilà... hein euh... E : Et... voilà ça reste quand même

un lien avec le patient, M13 : Bien sûr, bien sûr, E : Pour pouvoir euh... ou peut être entre le parent et l'enfant je sais pas, M13 : Aussi, les deux. Oui oui oui les deux »; « Oui oui oui, bien sûr. J pense que l'enfant il doit pas être très à l'aise si, quand il va pas bien on lui dit euh... « oohhh ça va passer » ».

Biais de désirabilité sociale :

Il est possible que M13 pourrait également avoir un frein à modifier sa prise en charge, devant le regard éventuel que pourrait porter sur lui les patients.

« Bah parce que euh... c'est toujours euh... d'une part c'est toujours très difficile de dire aux parents quand ils ont un ptit garçon, un ptit enfant tout petit, qui va pas bien, en gros, « rentrez chez vous, ça va passer ». Euh... ça passe en général par des... »; « S'ils repartent euh en trois minutes, en leur disant « c'est rien du tout rentrez chez vous », euh y'a toutes les chances qu'ils aillent voire un autre médecin, ou qu'ils filent aux urgences euh, en sortant d'ici quoi... »;

Illusion de connaissance asymétrique :

M13 avance l'argument qu'une partie des patients ne serait pas prête à accepter le fait de ne pas recevoir de thérapeutique médicamenteuse. Il est possible que ce raisonnement face appel à un biais d'illusion de connaissance asymétrique, et que l'argument n'ait pas été totalement vérifié.

« ... c'est pas ça du tout mais euh... mais bon voilà, si c'est recevoir les gens pour leur dire, euh... « c'est rien, rentrez chez vous, tout va aller », ... , bien sûr y'en a qui sont capables de l'entendre le discours, y'en a qui sont contents de ressortir avec ne serait-ce que du Paracétamol, qu'ils aient été examiné euh, ... ».

Récapitulatif M13 :

M13 est un homme de 67 ans, qui se prépare à partir en retraite. Il pratique peu de pédiatrie, et rencontre peu de bronchiolites. Il insiste d'ailleurs sur ce point à plusieurs reprises.

La définition de la bronchiolite semble partiellement connue. Les RBP de la bronchiolite ne sont pas connues de M13, et sa prise en charge est plutôt non conforme. Elle repose en grande partie sur des traitements médicamenteux. La kinésithérapie serait prescrite de façon quasi-systématique.

L'éducation thérapeutique et la réassurance des parents ne sont pas développées malgré relance de l'enquêteur.

M13 semble inconfortable avec le sujet de la bronchiolite.

Il présente des biais cognitifs lors de la présentation de sa prise en charge :

Dans un second temps, lui sont exposées les RBP de la bronchiolite, qui décrivent l'inefficacité des thérapeutiques médicamenteuses. M13 développe d'autres biais cognitifs :

M13 ne critique pas la validité des résultats des études sur lesquelles s'appuient les RCP (*« J'en pense rien quoi, hein. J'entends l'info quoi »*). Par contre, il émet quelques réserves quant à leur application.

Tout d'abord, il affirme pour lui l'importance de l'effet placebo dans sa pratique. Un traitement symptomatique le rendrait impossible.

Pour M13, la thérapeutique médicamenteuse serait nécessaire pour maintenir le lien médecin-patient, afin que celui-ci (et les parents) se sentent écoutés (*« Le fait de les écouter, de les prendre en charge, prendre leur gamin euh ... leur gamin en charge euh, ils sont, ils sont contents quoi, ils sont rassurés, ils vont repartir tranquilles »*).

Ces paroles évoquent également un biais de désirabilité sociale.

Il est à noter également, que dans ses propos, M13 tend à assimiler une prise en charge symptomatique à une absence de prise en charge (*« S'ils repartent euh en trois minutes, en leur disant « c'est rien du tout rentrez chez vous » » ; « c'est toujours très difficile de dire aux parents quand ils ont un petit garçon, un petit enfant tout petit, qui va pas bien, en gros, « rentrez chez vous, ça va passer » », « J pense que l'enfant il doit pas être très à l'aise si, quand il va pas bien on lui dit euh... « oohhh ça va passer »*). Pour lui, ne pas prescrire de thérapeutique médicamenteuse reviendrait à émettre de l'indifférence envers la plainte du patient (et des parents).

Il est aussi important de noter un autre frein qu'exprime M13 à l'application des RCP. Il mentionne en effet le manque de temps (*« Puis que ça demande plein d'temps hein d'expliquer pourquoi on prescrit pas non plus hein ! »*). Le temps à gagner pourrait donc primer sur l'éducation thérapeutique. Cela est à inclure dans le contexte de l'exercice de la médecine générale que M13 décrit comme compliqué (*« L'exercice est devenu très compliqué quoi. E : Ouais, ouais. M13 : J'vous souhaite bon courage »*).

Enfin, M13 émet un dernier obstacle à l'application des RCP. Pour lui, certains parents ne seraient pas prêts à entendre que la prise en charge puisse être uniquement symptomatique. C'est le biais d'illusion de connaissance asymétrique.

Ces plaintes émises par M13 reflète l'avis qu'il possède de la HAS. Pour lui, les auteurs des RCP de la bronchiolite sont *« des gens qui voient pas les enfants »*, et surtout des experts issus du milieu hospitalier (*« C'est très facile de faire des recommandations, d ce type là quand on est hospitalier euh »*). Pour lui, la consultation est avant tout une histoire de relations humaines (*« Bah y'a, y'a des freins, y'a la relation avec les gens, quoi on raisonne pas avec des articles et des bouquins, on raisonne avec des gens quoi. Et donc ça, ça change euh notablement les choses euh quand même quoi »*), devant lesquelles il n'est pas toujours aisé de retranscrire des raisonnements théoriques (*« ... mais après, est-ce qu'on est en mesure dans un cabinet, tout seul, de les retransmettre à 100%, je crois que non. (silence) »*).

Conclusion M13 :

M13 exprime une certaine fatigue et lassitude face à l'exercice de la médecine générale. Cette attitude suggère que M13 n'est plus dans une dynamique de remise en question de sa pratique mais plutôt dans le maintien d'une situation stable, le temps de son départ en retraite. Il serait intéressant de mettre en corrélation cette attitude avec les émotions contrefactuelles dont parle Olivier Houdé (doute, curiosité et regret), émotions qui semblent ici absentes de l'entretien.

4.3. Analyse thématique et des biais cognitifs :

4.3.1. Perception de la pathologie et de la pédiatrie par les médecins généralistes :

Le ressenti de la bronchiolite est différent selon les médecins.

Pour certains la pathologie est sans intérêt (M3,M6). Elle peut aussi être liée à de l'inquiétude (M3). Pour d'autres, au contraire, elle éveille la curiosité et elle est sujette à débat (M1). Pour certains praticiens, elle fait tout simplement partie du quotidien (M2, M8, M9 et M10). Enfin, pour finir, elle relève de la rareté, de la spécificité (M11, M13).

La proportion de patientèle pédiatrique du médecin semble influencer sur l'image qu'il a de la pathologie. Le désintérêt ou le fait de considérer la maladie comme rare ou spécifique est corrélée à une faible proportion de patientèle pédiatrique.

On peut par ailleurs se demander si la bronchiolite ne serait pas un terrain propice à l'apparition de biais cognitifs ?

En effet, d'après Fiske et Taylor (16), les individus utilisent les heuristiques dans les domaines où ils possèdent beaucoup de pratique et dans lesquels ils ont développé des raccourcis qui leur ont déjà bien servi. Ils les utiliseront moins lorsqu'ils craignent quelque chose. En général, nous avons plus souvent recours aux heuristiques afin de résoudre des tâches relativement peu importantes, et nous réservons nos capacités cognitives aux tâches plus complexes. Les individus sont moins susceptibles d'utiliser les heuristiques lorsque l'enjeu éventuel est important, lorsqu'ils ne font pas entièrement confiance à l'information qu'ils examinent, si on leur demande des comptes par rapport à leurs inférences, ou encore s'ils ont commis des erreurs récentes ou mis en question le bien-fondé ou l'exactitude de leurs cognitions (16).

La bronchiolite est une pathologie fréquente en médecine générale. Elle reste bénigne la plupart du temps. Dans nos entretiens, les verbatims et les attitudes de certains médecins suggèrent effectivement que la bronchiolite est une situation commune. C'est le cas de M6 par exemple (« *Moi ça me pose pas de problèmes particuliers, y'a des trucs plus complexes que ça donc euh (rires), non ça me pose pas grand grand problème.* »). A d'autres moments, elle semble même suggérer de la lassitude (M6 : « *(Silence puis souffle) Pfff, bah non. J'ai peut-être tort d'ailleurs, y'a peut-être des trucs à faire mais comme ça y'a rien qui me vient à l'idée.* » ; « *Est ce qu'ils me posent des questioooooons, euh, pfff, oui sûrement, ils me posent sûrement des questions, ils sont plus inquiets que d'autres, pff, comme tout quoi, j'veux dire euh, ... (silence)* »). Nous remarquons à nouveau cette attitude de banalisation chez M8, à propos des RBP de la bronchiolite : « *Oui, ça me dit quelque chose. J'ai dû les lire y'a 4-5 ans, mais je sais pas. E: Ouais. D'accord. M8: Y'a des trucs à savoir?* ».

Les médecins semblent donc tolérer l'incertitude et la méconnaissance dans la prise en

charge de cette pathologie. On remarque aussi cette attitude chez M3 (« *Alors les critères ça fait longtemps que je les ai pas révisé* »). Ou encore chez M13, qui commence l'entretien par : « *Bah j'crois que j'sais pas si j'fais bien hein ?...* ».

Certains médecins comme M8, ou M10, ont développé leur prise en charge exclusivement sur leurs expériences. Ce sont leurs longues années de pratique qui leur donnent une certaine certitude du bien-fondé de leur conduite. Leurs prises en charge, malgré qu'elles soient fondées sur des heuristiques, leur inspirent une grande confiance et authenticité.

En parallèle, la bronchiolite peut-être une pathologie anxiogène. Les symptômes respiratoires peuvent être impressionnants, et elle nécessite parfois une hospitalisation. L'inquiétude qu'elle procure aux parents est bien palpable (29)(30)(31). C'est d'ailleurs une notion récurrente dans les entretiens.

L'anxiété des médecins, elle, est plus rarement exprimée. Certaines études l'évoquent tout de même (31) et lui impute une responsabilité dans la surmédicalisation de la bronchiolite. Dans nos entretiens, M3 l'affirme, en prescrivant de la kinésithérapie « *en contraphobique* ».

Ainsi, la bronchiolite évoque différentes facettes. D'un côté, sa simplicité, sa benignité et sa grande prévalence. Cette facette semble pourvoyeuse d'heuristiques de jugement et de rassemblement de l'information. D'un autre, un côté anxiogène, notamment au niveau parental, et à moindre mesure au niveau du médecin. Cet aspect semble pourvoyeur d'effet placebo.

4.3.2. Connaissance de la bronchiolite et de sa prise en charge :

La connaissance des médecins dans le domaine de la bronchiolite a été jugée sur les critères suivants : définition de la bronchiolite, prise en charge de la bronchiolite, évaluation et gestion de la bronchiolite grave, connaissance des RBP de la bronchiolite.

La définition de la bronchiolite n'était pas expressément demandée au médecin.

L'enquêteur s'est servi des éléments indirects de l'entretien pour juger de cette connaissance.

La prise en charge de la bronchiolite a été jugée comme bonne dès lors que le traitement ne comportait pas de médicaments, et que les critères de gravité étaient connus et respectés (ces critères s'inspirent de ceux utilisés par la HAS lors de sa réévaluation des pratiques en 2012).

Nous pouvons donc développer plusieurs points sur ce thème.

Premièrement, certains médecins laissent transparaître un manque de connaissance en ce qui concerne la bronchiolite et sa définition. Nous constatons des imprécisions sur plusieurs

points, à savoir les symptômes, les limites d'âge d'hospitalisation, et les diagnostics différentiels.

Concernant le manque de connaissance sur les symptômes, on retrouve la notion de « fièvre importante » chez M3, et chez M7 (*« euh il peut être très fébrile »*).

Chez M13, on retrouve une notion floue au niveau de la limite d'âge : (*« S'il est... bah... on va être, enfin j'sais pas moi, j'suis plus inquiet si c'est un tout petit que si c'est un gamin de 5 ans, quoi mais... »* ; *« En dessous de 24 mois, euh... on va être plus... »*). Chez M4 également, puisqu'elle parle de prescrire de la Ventoline après 2ans (*« Et à partir de 2 ans quoi. Voilà 18 mois-2 ans je dirais. Voilà, cette tranche là commence là"»*), ainsi que chez M6 (*« il fait une bronchiolite, il a 4 ans, que c'est sa troisième »*).

En ce qui concerne les diagnostics différentiels, l'ambiguïté avec l'asthme est signifiée chez M6 (*« Si c'est un gamin qui a déjà fait des crises d'asthme, euh, bon, pas toujours facile de savoir si c'est un asthme qui s'est surinfecté ou si c'est vraiment une bronchiolite pure et dure quoi, donc, euh c'est surtout en fonction des antécédents en fait. »*). Chez M8 on retrouve également une limite floue avec l'asthme et l'atopie (*« y'a un terrain souvent allergique, soit l'enfant a déjà eu de l'eczéma dès la naissance. Soit les parents sont eux-mêmes allergiques, rhinite ou asthme », « Une bronchiolite sur terrain asthmatique, c'est toujours plus grave »*)

Deuxièmement, les RBP de la bronchiolite datant de 2000, et réévaluées en 2012 ne sont pas encore connues de tous les médecins. Elles restent encore complètement étrangères à au moins 5 sur 13 des médecins interviewés.

Troisièmement, les prises en charge des médecins sont hétérogènes. Qu'elles soient conformes ou non aux RBP de la bronchiolite, les 13 prises en charge des médecins interviewés sont quasiment toutes différentes.

Cependant certains médecins ont une prise en charge assez similaire et plutôt conforme aux RBP (M2, M9, M11, et M12). Ces praticiens pratiquent une thérapeutique uniquement symptomatique, avec absence de prescription de médicaments. Ils prescrivent la kinésithérapie au cas par cas, sauf M11, qui ne la prescrit pas du tout, étant donné qu'elle ne connaissait pas cette indication dans la bronchiolite. Nous notons toutefois une différence dans la stratégie qu'ils utilisent pour assurer la surveillance de l'enfant. Par exemple, M2 semble opter pour la divulgation de son numéro de téléphone personnel aux parents pour s'assurer du bon suivi de ses conseils. M12 mise sur une information exhaustive orale et écrite afin d'autonomiser les patients. M11 prône la prudence et préfère adresser aux urgences en cas de non amélioration des symptômes.

Quatrièmement, nous constatons que la prescription de thérapeutiques médicamenteuses reste relativement courante. Elle concerne 6 des 13 médecins interrogés. Les principales thérapeutiques concernées sont :

- les béta 2 mimétiques de courte durée d'action, en tête de liste, à titre systématique ou facultatif,

- les corticoïdes par voie générale,
- puis les corticoïdes par voie inhalée.

D'autres prescriptions sont apparues, plus rarement, comme les antihistaminiques ou la vaccination antigrippale. Il apparaît par contre que les indications des antibiothérapies restent plutôt respectées. Elles n'apparaissent pas dans les prescriptions courantes de la bronchiolite simple.

Cinquièmement, l'évaluation et la gestion de la gravité reste parfois insuffisante. Nous remarquons chez certains médecins une certaine « tolérance au risque », c'est-à-dire une abstention de recours aux urgences alors même que des signes cliniques de gravité sont remarqués à l'examen clinique. Cela se voit par exemple pour M4, M7 et M10. Il semblerait que le retard au recours hospitalier repose sur des prescriptions médicamenteuses.

En effet, ces médecins attribuent à certains médicaments une indication en alternative, ou intermédiaire, à l'envoi aux urgences. Pour M4, cette attitude intermédiaire repose soit sur la prescription de béta 2 mimétique de courte durée d'action, soit sur une prescription rapide de kinésithérapie. Pour M7, elle repose sur les béta 2 mimétique de courte durée d'action, et pour M10 sur de la corticothérapie per os. M13 mentionne également l'utilisation potentielle de béta 2 mimétique de courte durée d'action en cas de signes de gravité, avant l'envoi aux urgences, ou le retour à domicile. La prescription de médicaments est donc d'une part inutile, et d'autre part dangereuse, puisqu'elle pourrait conduire à des retards de prise en charge en cas de gravité.

4.3.3. Relation médecin-parents :

La relation médecin-parent est évaluée d'une part sur l'information et l'éducation thérapeutique des parents par rapport à la pathologie, et également sur l'investissement du médecin à la réassurance.

Nous commençons par noter tout d'abord que certains médecins s'aident de la catégorie « éducation thérapeutique » pour s'aider à rassurer les parents. C'est en informant le parent et en lui donnant des éléments de surveillance qu'il sera rassuré. C'est le cas de M12.

Nous notons ensuite le profil de certains médecins qui mettent particulièrement l'accent sur la réassurance des parents. C'est le cas de M2 (qui transmet son numéro de téléphone personnel pour toute demande), de M8 et de M10. M8 et M10 mettent d'ailleurs particulièrement l'accent sur l'aspect anxiogène de la bronchiolite sur les parents et la nécessité de les rassurer.

D'autres médecins, comme M5, gèrent l'éducation thérapeutique et la réassurance, mais s'appuient également sur l'inclusion d'une tierce personne dans la prise en charge (le kinésithérapeute) pour marquer davantage cette réassurance.

Certains médecins optent pour une relation médecin-parent qui semble plus « paternaliste ». Chez le cas de M6 par exemple, qui spontanément ne donne pas beaucoup d'informations aux parents et justifie sa prise en charge par sa position de médecin. Pour lui, les parents ne sont pas inquiets, et ne nécessitent pas de réassurance. Cela serait dû au fait

qu'il les connaisse depuis longtemps.

Enfin, M3 présente un profil particulier. Il présente une attitude plutôt désinvestie d'une part ; les explications données aux parents sont relativement concises (*« Je leur explique qu'il faut laver le nez, et si ça dévisse, de ne pas hésiter à m'appeler. Ou si c'est la nuit ou le week-end, d'appeler les urgences ou le 15 »*). Et par ailleurs M3 se sent désintéressé de la potentielle inquiétude des parents. Cette attitude peut être mise en contraste avec l'attitude de M8 qui affirme que « désangoisser » les parents participe à la bonne évolution de la maladie, ou du moins participe à un meilleur confort de l'enfant.

4.3.4. Perception de la HAS par les médecins généralistes:

Les médecins ont des ressentis différents de l'institution « HAS ».

Selon les regards à travers lesquels nous l'analysons, elle peut être efficace, utile et pertinente, ou bien devenir incohérente, peu fiable et contestable.

Nous constatons effectivement deux catégories d'avis. Il est à noter que M3 et M4 n'ont pas été interrogés sur le sujet.

D'une part, la catégorie des médecins qui accordent crédit à la HAS, et qui ne la conteste pas. C'est le cas par exemple de M2, M5, M7, M9 et M11. Pour ces praticiens, la HAS est un phare qui sert à guider les médecins à travers leur pratique. Pour M5, la HAS nous permet de faire « parti du système » et de ne « mener qu'à des choses positives ». Pour M7, les RBP donnent un « cadre intéressant » avec « des arbres décisionnels ». Pour M11, la HAS est un guide indispensable « pour se renseigner, pour s'informer », les RBP sont « vraiment validées du point de vue des résultats », « pratiques » et « synthétiques ».

D'autre part, la catégorie des médecins qui mettent en doute sa crédibilité et qui la remettent en question (M1, M6, M8, M10, M12 et M13). Quels sont les principaux motifs de contestations de la HAS d'après ces médecins?

Certains évoquent le manque de confiance envers les RBP, du fait des possibles liens d'intérêts des experts qui les émettent, ou de la prise en compte du critère économique dans leur écriture. C'est le cas de M5, M6 ou de M12 par exemple (M6 : *« on est coincé entre ce qui est recommandations officielles, dont on ne sait jamais si ce sont les recommandations économiques, euh, scientifiques, de laboratoire euh, on est un peu paumé au niveau euh, au niveau soutien je vais te dire »* ; M12 : *« y'a des sujets où y'a quand même beaucoup de controverses, parce que y'a sur certains sujets, souvent un critère économique qui rentre énormément fin, économique à court terme, qui rentre en ligne de compte, euh... »*).

D'autres évoquent plutôt le manque de validité scientifique. Il y aurait de nombreuses RBP basées sur des consensus d'experts, qui seraient de trop faible validité. C'est le cas de M10 (*« Sauf si on croit au Saint-Graal, et on croit à la toute puissance de l'HAS. Et de la pertinence permanente de l'HAS, ou euh... les experts de l'HAS sont pas toujours forcément d'accord »*).

entre eux. C'est un consensus en fait. C'est un consensus. Le consensuel, n'est jamais à 100% surtout »). D'après M12, il y aurait aussi des RBP dont l'établissement manque de sources scientifiques fiables ("Ou parfois y'a des recommandations, qui sortent, on sait pas d'où ça sort, et y'a pas de preuves scientifiques apportées, le comité scientifique euh... fait pas références à des, à des éléments scientifiques prouvés"). Pour M8, ce serait plutôt un problème de présentation. Les RBP manquent de synthétisation et ne sont pas exploitables (« Ce qu'il faut c'est euh quatre idées et puis c'est tout, après on, ça suffit quoi. Quand ils font une plaquette où y'a la relique de trucs, et ça fait 4000 pages euh. Tout se noie, et ça sert strictement à rien »). Cela rendrait les RBP difficiles à consulter dans la pratique quotidienne (« ... parce que le problème c'est que quand on est à froid, qu'on a deux heures devant soit, qu'on a quelqu'un qui nous commente le truc, c'est très bien, très bien. Quand on est à la fin de la journée, nan, c'est ok, la notion de fraction d'éjection systolique si elle est inférieure à 35 on peut mettre le médicament, si elle est supérieure à 45 faut pas le mettre, faut le mettre, bon... ; Bon, ok c'est bien pour les prises de têtes de mecs qui font que ça. D'accord? »).

Dans la prolongation de cette citation, certains médecins se plaignent d'une inadéquation entre les RBP, établies dans un contexte institutionnel entre experts, et la pratique sur le terrain. Ainsi pour M13, l'application des RBP sur un patient n'est pas toujours si aisée (« C'est-à-dire euh, des réunions de l'HAS dans une salle fermée, sans patient et tout ça, et qu'on raisonne très théoriquement, sur des études euh, sur euh tout ça, et puis que quand on est tout seul dans son cabinet, avec des patients, c'est un TOUT PETIT PEU différent, quoi hein... ; « Bah y'a, y'a des freins, y'a la relation avec les gens, quoi on raisonne pas avec des articles et des bouquins, on raisonne avec des gens quoi. Et donc ça, ça change euh notablement les choses euh quand même quoi. »). C'est aussi l'avis de M10 (« c'est tellement différent d'un patient à l'autre voilà, donc pour moi les recommandations de l'HAS, ça reste, ça reste euh... ça reste des recommandations. Voilà, c'est quelque chose à tendre, vers » ; « Donc cette simple variabilité fait en sorte que on peut pas appliquer des normes tout le temps »).

A travers certaines citations, les praticiens expriment une mise à distance entre l'HAS et la médecine générale. Certains ne semblent pas se sentir représentés par l'HAS. M13 émet même la sensation d'être « dans des mondes un peu différents » et assimile l'HAS avec le monde hospitalier (« Mais parfois j'ai l'impression quand même qu'on est dans des mondes un peu différents quoi » ; « C'est très facile de faire des recommandations, d'ce type là quand on est hospitalier euh »). M6 émet une idée similaire. Pour lui, la médecine générale est mise à l'écart. Il ressent le besoin d'être soutenu. Il exprime à 2 reprises la notion d'être « coincé », « paumé » (« c'est vraiment le grand problème de la médecine générale actuellement, c'est qu'on est au bas de l'échelle, qu'on est paumé, et qu'on est coincé entre les, je vais te donner un exemple après, on est coincé entre ce qui est recommandations officielles, dont on ne sait jamais si ce sont les recommandations économiques, euh, scientifiques, de laboratoire euh, on est un peu paumé au niveau euh, au niveau soutien je vais te dire »). M12 également exprime la difficulté, en médecine générale, d'accéder à une information cohérente (« Donc ça, j'trouve que ça entrave, ça entrave, 'fin c'est difficile pour

nous euh, enfin pour les médecins généralistes, j'trouve que c'est difficile euh de... de... voilà, tout vérifier tout l'temps, c'est compliqué... »).

Ainsi, pour certains médecins, la position de la HAS en tant qu'institution référente n'est pas si légitime, en ce qui concerne la médecine générale.

Bien que, parmi les médecins contestataires se trouvent des médecins qui s'appuient sur les RBP (M12 notamment, dont la prise en charge de la bronchiolite est tout à fait conforme aux RBP), il semble difficile d'espérer que les RBP soient appliquées, si l'institution qui les émet est remise en question.

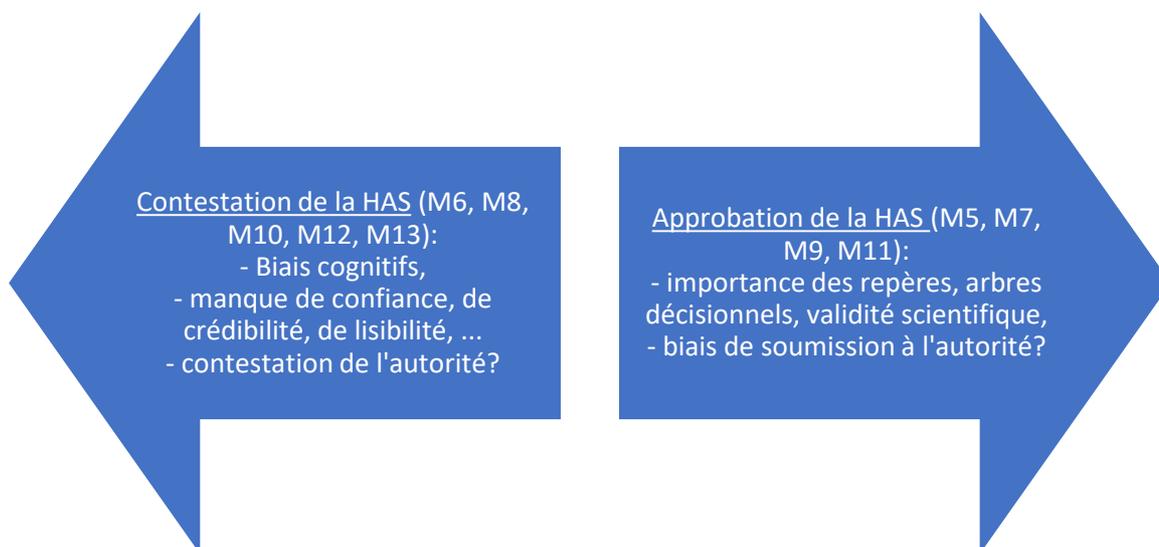
La HAS, représentant la « Haute Autorité », il est également possible qu'elle soit plus facilement acceptée par certains « profils » de médecins, que par d'autres. On peut effectivement supposer que certaines personnalités tolèrent mieux la notion d'autorité que d'autres.

Par exemple, M6, M8, M10 et M13, qui contestent la HAS, sont tous les 4 des hommes d'âge mûr (respectivement 58, 59, 65 et 67 ans). Peut-être ont-ils davantage de difficultés à accepter dans leur pratique des RBP qui vont à l'encontre de leurs habitudes (M8 : « *Bon y'en a qui sont évidentes, d'accord? Y'en a où j'suis pas très surpris parce que c'est ce que j'fais. Et puis, et puis y'en a d'autres où euh, où euh... (se frotte les mains) »*). D'ailleurs, M8, comme M10, affirment que le référentiel qui prime, est celui de la « pratique », de « l'expérience », et même du « bon sens ». Leurs avis et expérience ont plus d'importance pour eux que les RBP (M10 : « *Ah alors, le référentiel c'est la pratique. »* ; E : « *Et d'où vous avez eu euh, d'où vous basez cette information? C'est, ça c'est vous qui avez décidé?* » M8 : « *Nan, c'est le bon sens »*, « *Et puis, c'est l'expérience aussi, c'est l'expérience »*). Il est possible qu'ils aient tiré de leur expérience de pratique une certaine habitude, une certaine confiance et une certaine aisance. Des RBP différentes de leurs habitudes peuvent ébranler un confort sur lequel ils se sont basés.

Ainsi, de la manière dont est reçue l'information (ou l'enseignement), dépendrait la manière dont elle serait retransmise et appliquée au patient. Pour M6 par exemple, des RBP auraient davantage de chances d'être favorablement reçues si elles sont transmises par des « collègues en qui il a confiance » que par la HAS directement.

Le rapport qu'entretiennent les médecins avec la HAS semble donc important pour une bonne application des RBP.

Pour finir, on note à certains moments des remarques concernant l'ancienneté des RBP, malgré le fait qu'elles ne soient pas toujours connues (« M7: *Oui donc elles sont très vieilles effectivement. ; "E : D'accord. C'est des études qui datent de 2000, et euh... M13 : Donc ça pas dû beaucoup changer (rires) »*). Est-ce que le fait que les RBP soient anciennes dévaloriserait leur contenu ? Est-ce un argument qui pousserait certains médecins à se renseigner davantage sur d'autres référentiels que directement sur la HAS ? (comme M1, M9 ou M12, qui utilisent des référentiels multiples, notamment via des articles scientifiques, revues médicales ou blog internet).



Perception de la HAS par les médecins généralistes interviewés, facteurs d'approbation et de contestation.
(Parmi les 5 médecins qui contestent la HAS, deux ont une prise en charge conforme (M6 et M12)).

4.3.5. Modalités de pratique des médecins interviewés:

Cette thématique analyse la manière dont les médecins structurent leurs pratiques et leurs connaissances. On remarque encore une fois des disparités concernant cette partie, les médecins ayant des avis divergents sur ce qui fait une pratique « valide » ou non. Cette thématique a été analysée par plusieurs critères : les référentiels qu'utilisent les médecins dans la bronchiolite ou de manière plus générale, l'évolution de leur pratique au cours du temps, leur investissement éventuel dans des formations médicales continues, la notion d'intuition dans leur pratique, et enfin, leur avis sur la HAS.

Quelques groupes de médecins se démarquent dans leur manière de procéder à leur recueil d'information.

Nous pouvons premièrement mettre en évidence un premier groupe de médecins : ceux qui assimile « l'expérience de la pratique » comme « référentiel de la pratique ». Pour ces praticiens, la source de connaissances sur laquelle ils se basent pour prendre des décisions, s'appuie exclusivement ou très majoritairement sur l'expérience qu'ils ont tirée de situations similaires antérieures, durant leurs années de pratique. Nous pouvons citer dans ce groupe : M7, M8 et M10. A noter une précision pour M7 qui insiste sur l'importance de la

place de l'intuition dans sa pratique. Ces médecins ne s'appuient pas sur les référentiels officiels, qu'ils peuvent parfois trouver inutiles ou peu applicables au terrain (M8, M10), ou tout simplement par manque de temps. M7 au contraire, juge les recommandations très pertinentes mais affirme ne jamais s'y référer.

Nous pouvons mettre en évidence un deuxième groupe de médecins. Ces médecins s'appliquent à être au courant des référentiels officiels. On note le cas de M2, M9, M11 et M12. Ils s'astreignent également à une formation médicale continue. M9 y met particulièrement l'accent. M12 s'applique aux croisements des informations en se référant auprès de différentes sources.

Ensuite, nous évoquons un troisième type de profil. Celui des médecins qui s'informent via leurs collègues : M5 et M6 par exemple. Ces praticiens adoptent la conduite via de confrères en qui ils ont confiance. Ils ne pratiquent pas d'eux-mêmes des recherches pour trouver les renseignements auprès de sources officielles, soit par manque de confiance, soit aussi probablement (et c'est une hypothèse) par volonté de gain de temps.

M1 fonde sa pratique sur des articles et référentiels, des échanges avec des collègues, et également sur ses propres « expérimentations » au cabinet.

M13, sans le mentionner cependant, semble appartenir au premier groupe, fondant sa pratique sur son expérience et ses habitudes. Il ne se réfère pas à des sources extérieures à sa pratique pour s'informer. Cela s'intègre probablement dans le cadre de son départ en retraite ; il n'est plus dans une logique de remise en question et de renouvellement de pratique.

Nous n'avons pas suffisamment de données sur M3 ni sur M4 pour les analyser dans ce contexte.

4.3.6. Analyse des biais cognitifs :

a) Observations d'ordre général:

Les biais cognitifs sont retrouvés dans les entretiens de 9 médecins : M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M13.

Nous ne retrouvons pas de biais cognitifs dans le raisonnement médical de 4 médecins : M2, M9, M11 et M12.

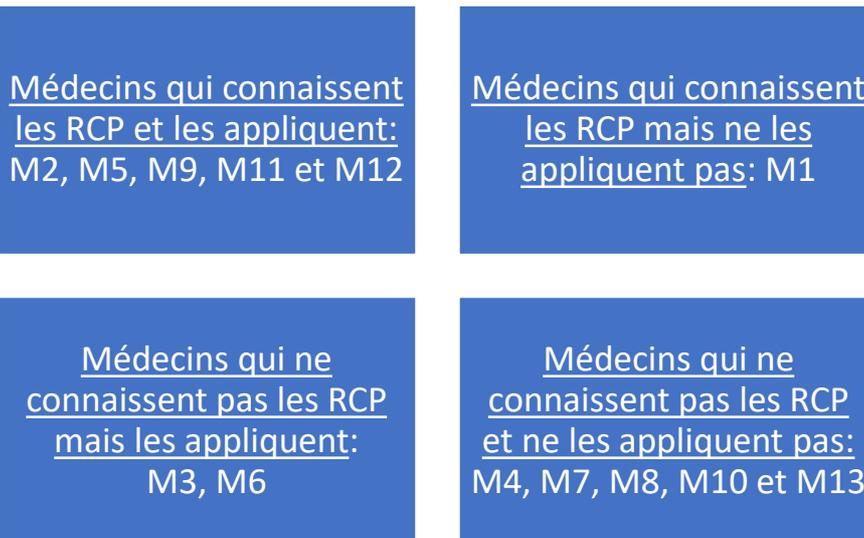
Les biais cognitifs ont un impact direct sur la prise en charge de la bronchiolite.

A noter que les médecins chez lesquels nous n'avons pas retrouvé de biais cognitifs (M2, M9, M11 et M12) connaissent plutôt bien les RBP, et présentent une prise en charge plutôt

conforme aux RBP de la bronchiolite simple. Il se peut qu'il existe un lien entre le niveau de connaissance et l'irruption de biais cognitifs.

Cependant, un bon niveau de connaissance ne semble pas être la seule condition nécessaire à ne pas faire l'objet de biais cognitifs. En effet, ils peuvent intervenir alors même que les RBP sont connues. C'est le cas notamment de M1.

Globalement, on peut discerner 4 profils de praticiens. Nous notons l'apparition de biais cognitifs dans tous les groupes, mais les médecins ne présentant pas de biais cognitifs appartiennent au groupe 1.



Dans le 1^{er} groupe, les médecins connaissent les RBP et les appliquent. Ils ont la volonté d'avoir une prise en charge conforme à la prise en charge reconnue comme la plus pertinente.

Dans le 2^{ème} groupe, représenté par M1, les RBP sont connues, mais de par son biais de surconfiance, celui-ci valorise les données observées dans sa pratique personnelle. Elles finissent par primer sur les RBP. Il possède donc un profil rigoureux, mais aussi expérimental.

Dans le 3^{ème} groupe, l'application des RBP doit être un reliquat d'une information reçue dans le passé, mais qui n'a pas été réévaluée depuis. Les médecins ne se souviennent plus d'où vient cette information. Ils ne savent plus comment justifier leur prise en charge. Ils agissent par automatisme.

Dans le 4^{ème} groupe, les médecins n'ont jamais eu l'information (et n'ont pas la démarche de la rechercher), et se base sur une pratique qui « tient la route », pour laquelle ils n'ont pas de retour négatif (modèle d'ajustement apparent), qu'ils ajustent grâce à leur heuristique de représentativité et les corrélations illusoire.

b) Caractéristiques des médecins non porteurs de biais cognitifs :

A l'issu de ces entretiens, 4 praticiens sur les 13 interrogés n'ont pas présenté de biais cognitifs: M2, M9, M11, M12.

Quelles sont les particularités de ces 4 praticiens ?

Ce sont des femmes.

Deux sont âgées de moins de 44 ans (M2=34ans, M12=37ans), une a 45 ans (M11=45ans), et une a plus de 55 ans (M9=60ans). Soit un âge moyen à 43ans, pour une moyenne d'âge globale à 51 ans des médecins interviewés.

Le lieu d'exercice ne semble pas avoir d'influence (M2 et M9 exercent en zone urbaine, M11 et M12 en zone rurale). Concernant leur mode d'exercice : M2 et M12 sont en cabinet de groupe, M9 et M11 exercent seules, et elles sont toutes en secteur 1.

Seule M11 a réalisé sa formation et le principal de sa carrière à l'étranger.

Seule M2 possède une activité pédiatrique supplémentaire (Institut Médico Educatif).

Par ailleurs, M2 exerce aussi dans le réseau Romdes (obésité), M11 est psychothérapeute, M9 et M12 n'ont pas d'activités parallèles. Par contre, M12 est Maître de Stage Universitaire, et M11 l'était en Roumanie avant son arrivée en France en 2018.

M2 et M9 apprécient particulièrement la pédiatrie. M11 est plutôt tournée vers l'aspect psychologie. M12 n'a pas de domaine de prédilection et apprécie autant tous les domaines de la médecine générale.

M2 estime sa patientèle pédiatrique à 40%, M9 à 30%, M11 à 10%. Quant à M12, sa patientèle pédiatrique âgée de 0 à 6 ans est estimée à 30% sur son compte CPAM.

Par rapport aux formations médicales continues, on note un investissement marqué pour M9 (participe à FMC action comme participante et intervenante, anime des séminaires, inscrite à un blog d'informations médicales), mais aussi pour M11 (formation continue obligatoire en Roumanie, en France consulte très fréquemment les recommandations HAS) et M12 (SFTG pour le DPC, congrès annuel, abonnement à Prescrire). M2 réalise deux sessions présentielle de DPC par an.

Ces quatre médecins possèdent une connaissance plutôt bonne de la pathologie, et des RBP de la bronchiolite. Leur prise en charge est plutôt conforme aux RBP (absence de thérapeutique médicamenteuse, recours à l'hospitalisation en cas de signes de gravité). Elles sont en mesure de justifier leurs décisions médicales.

Finalement, nous pouvons retenir comme principaux facteurs communs de ces médecins, le sexe féminin, pour un âge plus jeune en moyenne que l'âge des médecins interviewés, un investissement dans la formation médicale continue, une activité de maître de stage universitaire pour deux d'entre elles (jusqu'en 2018 pour M11), un intérêt pour la pédiatrie

pour deux d'entre elles, une bonne connaissance de la pathologie, de ses RBP ainsi qu'une prise en charge conforme aux RBP.

c) Enumération des biais par ordre de fréquence décroissante, retrouvés dans les entretiens de M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10 et M13 :

L'effet placebo est retrouvé chez 6 praticiens. Chez 5 d'entre eux, il vise à rassurer les parents (M1, M5, M8, M10, M13), et chez un d'entre (M3), il vise à rassurer le médecin.

Le biais de conformisme apparaît chez 4 praticiens (M5, M6, M7, M8).

Le biais de surconfiance apparaît à 3 reprises, chez M1, M6, et M8.

Le biais d'illusion de contrôle apparaît également à 3 reprises, chez M4, M7 et M10.

Le biais de désirabilité sociale aussi, chez M4, M7 et M13.

Le biais d'illusion de connaissance asymétrique se voit chez 3 praticiens : M7, M10 et M13.

Les biais suivants sont retrouvés chacun chez 2 praticiens : le biais de la loi des petits nombres (M1, M8), du modèle d'ajustement apparent (M1, M10), le biais de l'angle mort (M1, M7), le biais de reprise de contrôle (M7, M8), de corrélations illusoire (M4, M10), le biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant (M6, M10), le biais de disponibilité (M6, M10), l'heuristique de représentativité (M8, M10), et le biais de confirmation (M8, M10).

Pour finir, les biais suivants sont retrouvés chacun chez un praticien : l'effet de cadrage décisionnel chez M4, la pensée magique chez M8, l'heuristique de simulation chez M8, le biais du coût immobilisé chez M10, le biais de soumission à l'autorité chez M10, et le biais de croyance chez M10.

On remarque enfin un trait de tolérance au risque chez M4, M7 et M10.

d) Influence des biais cognitifs dans la prise en charge de la bronchiolite :

A travers les entretiens, nous observons que les biais cognitifs ont différents impacts sur la prise en charge de la bronchiolite :

- Inducteurs de prescriptions médicamenteuses.

Notamment 13 biais semblent particulièrement influents sur la prescription médicamenteuse : l'effet placebo est le plus important, ensuite viennent le biais de surconfiance, l'illusion de contrôle, le biais de désirabilité sociale, l'illusion de connaissance asymétrique, l'heuristique de représentativité, le biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant, le biais de reprise de contrôle, le biais de corrélations illusoire, la loi de petits nombres, l'heuristique de simulation, et la pensée magique.

- Abstention au recours hospitalier.

Alors même que des signes cliniques de gravité sont présents à l'examen clinique. Ainsi, le biais de surconfiance, le biais d'illusion de contrôle, le biais de reprise de contrôle, le

biais de désirabilité sociale et l'heuristique de représentativité interfèrent sur la prise en charge urgente d'une bronchiolite.

- Formation médicale.

Ainsi, on note au premier plan le biais de conformisme, concernant les médecins qui calquent leur prise en charge sur celle de leurs confrères. Lorsqu'ils se basent sur leur propre pratique, on retrouve la loi de petits nombres, le biais d'ancrage, le biais de surconfiance, le modèle d'ajustement apparent, le biais de disponibilité, le biais de confirmation, le biais du coût immobilisé, le biais de croyance. Ces biais créent un frein à la remise en question et à la réévaluation des pratiques.

- Relation médecin-patient (parent).

Certains biais cognitifs interviennent dans la relation entre le médecin et les parents et modifient la prise en charge médicale. C'est le cas du biais de désirabilité sociale, de l'effet placebo et du biais d'illusion de connaissance asymétrique.

e) Quels biais, dans quelles circonstances ?

L'effet placebo, l'illusion de connaissance asymétrique :

L'effet placebo représente ce biais cognitif qui suggère que, le simple fait de présenter une thérapeutique comme efficace, lui donne de l'efficacité (32).

Etymologiquement parlant, le terme « placebo » signifie en latin « je plairai ». Il apparaît initialement dans le domaine religieux. On le retrouve en effet dans un psaume (psaume 114 : « *Parce qu'il a écarté mon âme de la mort, les larmes de mes yeux, mes pieds de la chute [...], je plairai au Seigneur dans le monde des vivants.* »). Le mot placebo évoque bien ici une guérison, dont l'auteur du psaume rend grâce à Dieu. Telle est la conception du Moyen Age, qu'exprime la célèbre formule d'Ambroise Paré : « *Je le pensai, Dieu le guérit.* » (32).

Par la suite, le mot placebo passe au domaine laïque. Ainsi, « faire du placebo » signifie « flatter ». A la fin du XVIII^e siècle, le mot gagne le domaine médical. Il est notamment retrouvé, aux Etats-Unis, dans un dictionnaire médical Hooper, datant de 1811. En voici la définition : « Nom donné à toute médecine prescrite pour plaire au patient et non pour le guérir. » (32).

L'effet placebo est donc un biais cognitif qui concerne directement le lien médecin-patient. Il est engendré par le médecin lui-même, qui cherche à faire face à la plainte et aux inquiétudes du patient.

Ainsi, il est probable que si le patient est très inquiet, le médecin développe davantage d'effort à vouloir le rassurer, et utilise donc davantage cet effet placebo.

En contrepartie, il se peut tout simplement que ce soit le médecin qui soit particulièrement sensible à l'inquiétude du patient. Il va alors chercher à le rassurer à tout prix, sans que le patient ne soit cependant émetteur de cette inquiétude.

L'effet placebo repose toujours sur une thérapeutique ou une décision médicale. Dans le cas de la bronchiolite, l'effet placebo repose soit sur une thérapeutique médicamenteuse, soit sur la prescription de kinésithérapie (c'est alors l'intervention d'une tierce personne, professionnel de santé, et son geste de soin, qui vont rassurer), soit encore sur l'envoi de l'enfant aux urgences (rassurer le patient en lui accordant un second avis, par d'autres professionnels de santé).

Dans nos entretiens, on retrouve cet effet placebo chez M1, M5, M8, M10 et M13, âgés respectivement de 61 ans, 37ans, 59 ans, 65 ans, 67 ans, et qui sont 4 hommes et 1 femme. Ils exercent de manière équivalente en milieu urbain/rural, seul ou en groupe. M1 et M5 sont les plus au fait de la définition et des recommandations sur le sujet. La prise en charge est conforme pour M5 notamment. Ils sont tous vecteurs de prescriptions médicamenteuses sauf M5. M5, M8 et M13 prescrivent la kinésithérapie en systématique, M1 jamais, et M10 de manière facultative. M8 et M10 appuient particulièrement les notions d'angoisse parentale et de gestion de l'inquiétude parentale.

M3 se trouve dans la situation particulière où il utilise cet effet placebo pour lui-même, et non pour le patient. Pour lui, la prescription de kinésithérapie est à visée « *contraphobique* », seulement à son égard. En effet, pour lui la kinésithérapie est inefficace pour le traitement de l'enfant. Le fait d'adresser l'enfant à une tierce personne le rassure lui-même. Peut-être n'a-t-il pas confiance en sa propre prise en charge.

Revenons aux cas où l'effet placebo est à destination du patient.

Pour M8, M10 et M13, l'effet placebo repose effectivement sur une thérapeutique médicamenteuse.

Celle-ci est composée de plusieurs classes médicamenteuses, données à titre systématique : 3 à 4 classes médicamenteuses pour M8, 2 pour M10, et 2 pour M13.

On constate chez M10 et chez M13 une « incrémentation » de prescriptions médicamenteuses en fonction de l'état de gravité clinique de la bronchiolite (et donc de l'inquiétude présente chez les parents et le patient). M10 rajoute dans ce cas de la corticothérapie per os, M13 des béta 2 mimétiques de courte durée d'action.

M1, pour sa part, ne fait qu'évoquer la possible intervention d'un effet placebo dans sa prescription intermittente de Ventoline.

Nous pouvons noter que M10 et M8 donnent une place importante à la réassurance des parents. L'angoisse parentale est un phénomène largement exprimé dans leurs entretiens. Ils accentuent la nécessité de calmer cette anxiété, pour une bonne prise en charge de la pathologie. Et ce, en passant par la prescription de médicaments.

Pour M5, l'effet placebo repose sur la prescription de kinésithérapie, à titre systématique. Cela a en effet pour conséquence de rassurer les parents. L'entrée dans la prise en charge d'une tierce personne donne aux parents, mais aussi au médecin, un interlocuteur supplémentaire pour s'aviser de l'état de l'enfant. Il semble effectivement que le

kinésithérapeute rassure également M5 dans sa prise en charge car il renforce la surveillance de l'enfant. Cela lui permet sûrement, dans un contexte de manque de temps, de maintenir une certaine vigilance autour de l'enfant, sans avoir forcément à le revoir en consultation.

Nous pouvons émettre ainsi différentes hypothèses quant à l'apparition de l'effet placebo. Chez certains, il pourrait s'agir de pallier à un manque de temps et de disponibilité, en s'aidant d'une tierce personne, comme M5 (kinésithérapie).

Chez d'autres, il apparaîtrait plutôt en réaction à l'anxiété des parents (M8, M10, M13, M5). Les médecins ouvertement défenseurs de l'effet placebo (M8, M10 et M13) arguent l'argument d'une médecine plus humaine. Dans leur esprit, ne pas prescrire de médicaments reviendrait à ne pas prendre en compte le vécu de la maladie par le patient et ses parents, et à minimiser leurs plaintes. Pourtant, certains praticiens nous prouvent l'inverse. M2, par exemple, fait preuve d'une prise en charge très empathique à l'égard des parents et de l'enfant, sans utiliser de prescriptions médicamenteuses.

Et enfin, l'effet placebo interviendrait à l'égard du médecin, éventuellement pour pallier aux lacunes et aux incertitudes de la prise en charge (M3).

Les raisons pour avoir envie de rassurer ou de se rassurer sont donc multiples, et semblent interférer avec les prescriptions et les décisions des médecins.

Il semble également que les médecins soient plus ou moins conscients de ce biais. Par exemple M8 semble pouvoir l'étayer après relances. Même si ce n'est pas l'argument qui justifie principalement ses prescriptions, il affirme à plusieurs reprises l'importance de rassurer les parents pour une bonne évolution de la pathologie. M5, à contrario, ne semble pas en avoir conscience, et ne l'exprime pas directement.

Nous pouvons nous interroger sur les éventuels liens des biais entre eux. On aurait d'ailleurs pu penser que le biais de désirabilité sociale aurait pu être associé à l'effet placebo du fait de l'envie de donner une bonne image et de plaire au patient. Cependant, ils ne sont associés de manière évidente que chez M13.

L'illusion de connaissance asymétrique, quant à elle, est associée à deux reprises à l'effet placebo (M10 et M13). Pour rappel, l'illusion de connaissance asymétrique est ce biais cognitif qui donne l'illusion de connaître les opinions et les intentions d'autrui (33). Il est possible que le biais de l'effet placebo soit potentialisé par l'impression par le médecin de connaître l'avis du patient (parent). Et notamment par l'impression du médecin que le parent ait besoin d'une prescription pour être rassuré.

Le biais de conformisme :

Selon les psychologues sociaux, le conformisme survient lorsqu'il y a, chez un individu, un changement dans son comportement, ses opinions ou ses perceptions, suscité par la présence, réelle ou imaginaire, d'une personne ou d'un groupe. Sherif, en 1936, fut un pionnier de l'étude du conformisme en psychologie sociale. Selon lui, les individus qui sont

dans une situation peu familière, ou qui ne connaissent pas les « normes » en vigueur, se servent des personnes autour d'eux comme guide pour orienter leurs comportements (7). Asch, en 1952, renforça cette idée en montrant que, même dans le cas où la perception des individus est très fiable, il peut tout de même y avoir du conformisme. Ces premières études ont ainsi permis d'identifier les deux raisons centrales qui poussent les agents au conformisme : l'utilisation d'une information préalable jugée pertinente ou l'alignement sur ce qui est perçu comme une norme sociale (7).

Selon Carpenter, le biais de conformité au groupe découle d'un instinct. Ainsi, il semblerait rationnel d'imiter le comportement d'un groupe, si cela réduit les coûts cognitifs de rassemblement et de traitement de l'information (7).

Le biais de conformité au groupe a été retrouvé chez 4 médecins au cours des entretiens : M5, M6, M7 et M8. A noter que chez M6, il ne s'inscrit pas directement dans le cadre de la bronchiolite, mais dans un contexte général. Ils ont respectivement 37 ans, 58 ans, 56 et 59 ans. Ils sont 2 hommes et 2 femmes. 3 pratiquent en milieu urbain et un en milieu rural. Ils pratiquent seuls sauf M6 qui est associé à un autre médecin généraliste. M7 et M8 ne pratiquent pas de formations continues, M5 une fois par an éventuellement en groupe de pair, M6 via l'ARMP sur internet avec une fréquence non connue. Seule M7 a réalisé une formation pédiatrique, et travaillé en PMI. Deux médecins pratiquent peu la pédiatrie en routine (10%) et deux la pratiquent davantage (30 à 40%). Seule M5 est à l'aise avec la définition et les recommandations de la bronchiolite. La prise en charge est conforme pour M5 et M6. La prescription de kinésithérapie est systématique sauf pour M7 pour qui elle est facultative. Aucun d'entre eux n'utilise de référentiels officiels pour appuyer leur prise en charge. L'évolution de sa pratique est remarquée par M8.

Ainsi, on note une possible tendance pour le milieu urbain, et pour les médecins qui pratiquent seuls. On note que malgré une tendance à méconnaître les RBP, 2 médecins sur 4 ont quand même une prise en charge conforme. On note une tendance à un faible investissement, voire même une absence d'investissement dans une formation médicale continue, chez ces médecins.

Chez M5 on peut retrouver l'idée affirmée par Carpenter, que le biais de conformisme s'inscrirait dans une logique de réduction des coûts cognitifs dans le rassemblement et le traitement de l'information. En effet, M5 pourrait être dans une logique d'optimisation de son temps et de son énergie.

Chez M8 et M7, il s'agirait plutôt de pouvoir justifier leurs prises en charge, en avançant le fait qu'il s'agisse d'une norme de conduite (*M8 concernant sa prescription de Ventoline: « Oui mais ensuite ça s'est, ça s'est prolongé parce que euh, euh, parce que... ouais parce que ça se faisait, fin parce que ça se fait encore. Donc euh... (silence) » ; M7 : « Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires) »*).

Pour M6, la raison semble différente. Le biais de conformisme intervient dans un contexte où la personne a perdu confiance en l'institution. Elle cherche alors, faute de référentiels, à

adopter le comportement de personnes en qui elle croit. Comme M5, les informations sont utilisées, car jugées pertinentes, sans vérification de leur véracité.

Le biais de surconfiance, loi des petits nombres et biais de l'angle mort :

Durant les premiers travaux de Kahneman et Tversky dans les années 1970 à 1980, le phénomène de surconfiance fût une des pierres angulaires parmi les biais décrits dans les processus de la pensée humaine. Dans leurs études, le biais de surconfiance pouvait être attaché au biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant d'une part (les sujets accordent une confiance accrue à l'information première considérée comme une ancre), ainsi qu'au biais de confirmation d'autre part (34).

D'après Ulrich Hoffrage (34), le biais de surconfiance concernerait fréquemment les estimations numériques (intervalles, estimations de pourcentage), ainsi que l'autoévaluation de performance des individus, par rapport aux autres (surestimation de son jugement ou de sa précision). Dans nos entretiens, on peut retrouver ces caractéristiques à travers quelques citations. M8 illustre par exemple cette surconfiance dans ses évaluations de pourcentages : *« Et puis, c'est l'expérience aussi, c'est l'expérience. Des enfants qui ont pas été vacciné pour la grippe et qui présente une fragilité de ce côté-là euh, iiiii... là quand même euh on va dire qu'y'a 20% de chances qu'ils soient hospitalisés euh à l'occasion d'un épisode euh comme ça donc euh. E: Vous avez pu constater sur votre patientèle une différence... ? M8: Oui. »*.

Le biais de surconfiance a inévitablement des effets néfastes dû aux jugements hâtifs et inappropriés qu'il entraîne. Cependant, toujours d'après le même auteur, sa fréquence s'expliquerait par les effets agréables qu'il amène. D'une part, il entraîne une sensation de bien-être. En effet, d'après, Ulrich Hoffrage, les personnes qui en sont sujet cultivent une belle et riche image d'eux-mêmes. A l'inverse, avoir une pauvre image de soi est douloureux. C'est pourquoi le biais de surconfiance serait souvent associé à l'égoïsme et au biais de l'angle mort (34). On peut le constater chez M1 par exemple (*« Mais je pense que de donner de la Ventoline, c'est moins euh agressif que de faire de la kiné respiratoire » ; « encore et pis de voire tous les autres, euh, enfin tous mes confrères, pratiquement tous, là j'ai un remplaçant, je n'arrive pas à lui faire entendre que, que il faut, que c'est peut-être pas forcément utile de prescrire de la kiné respiratoire » ; « je suis assez perplexe sur la prise en charge que je vois »*). D'autre part, ce biais serait aussi porteur de motivation, et donnerait envie « d'aller de l'avant ». Et enfin, il pourrait être très utile pour convaincre les autres. On pourrait imaginer que cela puisse éventuellement être utile dans un argumentaire, face à des parents inquiets. Comme le disait M10 : *« Bah oui forcément, quand on arrive pas à persuader les autres, c'est qu'on est pas persuadé soit même (rires) »*. D'après les mêmes auteurs, quelle que soit la thérapeutique envisagée, le fait de la présenter avec motivation et de lui accorder de la confiance accroît toutes les chances qu'elle soit acceptée par le patient. Il est même probable que cela lui impute un effet placebo en supplément de sa potentielle efficacité objective.

Le biais de surconfiance est donc principalement retrouvé chez M1 et M8, à minima chez M6. Ce sont donc, pour rappel, trois hommes, âgés respectivement de 61 ans, 59 ans et 58 ans. Absence de prépondérance retrouvée concernant le lieu ou le mode d'exercice. M1 et M8 pratiquent régulièrement la pédiatrie, M6 plus rarement. M1 connaît les recommandations mais pratique des tests à la Ventoline, qu'il justifie par des observations réalisées à son cabinet. M8 ne connaît pas les recommandations et justifie également sa prise en charge par l'expérience accumulée et les observations réalisées. Pour M6 le biais de surconfiance survient plutôt lors de ses justifications face aux parents. Il argumente ses décisions par le fait de sa position de médecin, et non par des explications objectives fondées sur des preuves.

Nous pouvons noter une association de ce biais de surconfiance à l'effet placebo pour M1 et M8. Ceci pourrait renforcer l'idée évoquée ci-dessus que le biais de surconfiance entraînerait une utilisation plus aisée de l'effet placebo.

Nous remarquons une association du biais de surconfiance à la Loi des petits nombres pour M1 et M8. La loi des petits nombres est ce biais qui consiste à tirer des généralités d'observations de petits échantillons. Il pourrait effectivement être porté par la surconfiance qu'attribuent ses utilisateurs dans les estimations numériques et proportions. A noter que ce biais de la loi des petits nombres n'est retrouvé que chez M1 et M8.

M6 possède aussi un biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant concernant la kinésithérapie à titre systématique, possiblement accentué par la surconfiance qu'il porte à cet ancrage. M8 démontre un biais de confirmation, qui semble aussi en rapport avec le fait qu'il surestime son jugement (« Pfff, moi je veux bien mais. Bon y'en a qui sont évidentes, d'accord? Y'en a où j'suis pas très surpris parce que c'est ce que j'fais. Et puis, et puis y'en a d'autres où euh, où euh... »).

Illusion de contrôle et corrélations illusoire :

L'illusion de contrôle apparaît lorsque les individus surestiment leur influence sur l'occurrence d'événements.

D'après Suzanne C. Thompson (35), un des sujets récurrents de recherche en psychologie est celui de la motivation des individus à vouloir prendre le contrôle sur les événements qui surviennent dans leur vie.

Des recherches auraient ainsi montré que le fait de percevoir du contrôle sur sa propre vie, entraîne une perception positive des événements vécus, et renforce la confiance en soi. Les événements stressants seraient ainsi mieux vécus, et les individus les affronteraient avec de meilleures performances (35).

Il est précisé également dans l'article de cette auteure, une potentialisation de l'illusion de contrôle lorsque l'individu souhaite ardemment obtenir un résultat donné et que ce résultat justement survient. Le sentiment de contrôle augmenterait dans cette situation.

Il y a également un lien, d'après cette auteure, entre l'illusion de contrôle et le biais de corrélations illusoire. En effet, du fait d'une illusion de contrôle qui se suivrait d'un succès, l'individu tisserait de liens de causes à effet entre les éléments.

Nous remarquons le biais d'illusion de contrôle chez M4, M7 et M10. Ce sont 2 femmes et 1 homme, âgés respectivement de 49 ans, 56 ans et 65 ans. Ils exercent en zone urbaine, en seul ou en groupe. M7 possède un antécédent de formation en pédiatrie, avec travail en PMI. Ces médecins ne connaissent pas clairement les recommandations de la bronchiolite et leur prise en charge n'est pas conforme au RBP. On note effectivement une large part de prescription médicamenteuse, avec parfois une abstention au recours hospitalier en présence de signes de gravité. Le sentiment de contrôle lors de la prescription médicamenteuse est exprimé par M10 par exemple, qui cite : « *Maîtriser les symptômes assez rapidement, c'est pas compliqué à faire* » ou « *Oui oui oui principalement, enfin bon, les bronchodilatateurs, enfin l'association bronchodilatateurs/anti-inflammatoires par voie aérienne, c'est, ça me semble une sécurité* ». Il exprime par ses mots l'effet sécurisant qu'il ressent à prescrire, avec une sensation de contrôle rapide.

Le biais d'illusion de contrôle se retrouve mêlé à celui de corrélations illusoire chez M4 (avec les effets et indications qu'elle attribue à la Ventoline) et M10.

Lorsqu'ils s'attendent à l'existence d'un lien entre deux variables, les gens surestiment souvent le degré de corrélation qui existe entre elles, ou ils « forcent » un rapport alors qu'en fait il n'en existe pas. Nous donnons à ce phénomène le nom *d'illusion de corrélation*. C'est Chapman qui a été un des premiers à décrire ce phénomène en 1967 (36). Dans son étude, il a présenté à des étudiants universitaires des listes de mots couplés, par exemple « lion-tigre », « lion-œufs », et « bacon-œufs ». Les participants devaient ensuite rapporter la fréquence avec laquelle chaque mot était couplé à chaque autre mot ; en fait, tous les mots étaient couplés entre eux avec une fréquence égale. Néanmoins, ces étudiants ont mentionné que les mots dont le sens était associé (par exemple « bacon-œufs ») étaient couplés plus fréquemment que ceux qui ne présentaient pas d'association de sens.

Selon Klaus Fiedler (36), l'instinct de corrélation entre deux événements est un instinct de survie nécessaire et approprié dans la majorité des cas. Quel signal est associé au danger, à la sécurité? Quels comportements sont interdits, autorisés? Ou de manière plus générale, quelle cause précède quel effet ou conséquence? Toutes ces capacités constituent un élément basique d'adaptation cognitive, et cela dès l'enfance. Cependant, si la détection de corrélations environnementales apparaît comme cruciale pour la survie et la résolution de problèmes quotidiens, l'évaluation de la précision de ces corrélations semble divisée dans les expériences. L'illusion de percevoir une corrélation qui n'y était pas vraiment est nommée illusion de corrélation. Par exemple, une corrélation erronée inférée entre des symptômes et une maladie peut mener à un mauvais diagnostic médical. Ou encore, une corrélation erronée de cause à effet entre une thérapeutique et des symptômes peut mener à une prise en charge erronée.

Biais de désirabilité sociale, cadrage décisionnel :

Le biais de désirabilité sociale est le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Nous devons cette définition à Marlowe et Crowne en 1960, qui créent par ailleurs une échelle psychométrique qui mesure directement ce biais.

Le biais de cadrage décisionnel a été étudié par Kahneman et Tversky en 1981. Il nous fait juger de la pertinence d'un argument selon la manière dont il nous est présenté (37).

Le biais de désirabilité sociale apparaît chez M4, M7 et M13, qui sont donc 2 femmes et 1 homme, âgés respectivement de 49 ans, 56 ans, et 67 ans. Ils exercent seuls ou en groupe, plutôt en zone urbaine. Seule M7 dispose d'une formation pédiatrique particulière avec un passif de travail en PMI. Les RBP sont peu ou pas connues pour ces médecins, avec une prise en charge qui ne leur est pas conforme. Ces médecins s'appuient sur une prise en charge médicamenteuse.

Le biais de désirabilité sociale apparaît pour M4 lors de la demande de Ventoline de la part des parents. Elle peut accéder à cette demande, selon les parents, lorsqu'elle les juge suffisamment expérimentés. Pourtant, d'après ces précédents arguments, ce ne serait pas forcément utile. Pour M13 également, ce biais apparaît lors de l'imagination d'un traitement uniquement symptomatique « *S'ils repartent euh en trois minutes, en leur disant « c'est rien du tout rentrez chez vous », euh y'a toutes les chances qu'ils aillent voire un autre médecin, ou qu'ils filent aux urgences euh, en sortant d'ici quoi... »*. La prescription serait pour M13 une sorte de garantie devant les parents d'avoir une prise en charge crédible. Pour M7, il s'agirait d'épargner aux parents un passage aux urgences qui serait difficile à supporter, et donc de trouver une solution par elle-même. Il se pourrait qu'elle ne trouverait pas son image de médecin suffisamment bonne si elle ne pouvait pas trouver elle-même la solution à leur motif de consultation.

Nous remarquons chez M4 également un biais de cadrage décisionnel. Il se pourrait qu'il y ait un lien entre ce biais et le biais de désirabilité sociale. Selon la manière dont les parents présentent la situation, M4 est plus à même d'accéder à leur demande. Elle serait peut-être encline à modifier son image et sa conduite selon les demandes des parents.

L'illusion de connaissance asymétrique se remarque chez M7 et M13 également. Il y aurait potentiellement un lien avec le biais de désirabilité sociale. Ces médecins prennent des décisions médicales pour être en accord avec un présumé souhait qui n'est pas explicitement exprimé par les parents. Il se pourrait que leurs jugements soient erronés du fait de l'illusion de connaissance asymétrique. Par exemple, peut-être que des parents pourraient être soulagés que le médecin ne prescrive pas de thérapeutiques médicamenteuses pour leur enfant. Ou encore que d'autres parents préféreraient patienter plusieurs heures aux urgences, pour s'assurer des précautions nécessaires, plutôt que de gérer eux-mêmes la situation à domicile avec des médicaments.

Modèle d'ajustement apparent :

Le modèle d'ajustement apparent est une notion créée en 1993 par James Reason. Ce Professeur en Psychologie est connu pour la création de son modèle étiologique de l'erreur humaine, ou Swiss cheese model. Il a particulièrement adapté ses modèles et appliqué ses recherches à l'analyse de l'erreur humaine dans la prise en charge médicale (38).

Pour rappel, ce biais note le fait qu'en l'absence d'éléments venant infirmer une prise en charge donnée, celle-ci sera jugée comme correcte. C'est l'argument qu'avancent M1 et M10 pour justifier leurs modes de fonctionnement. Par exemple, concernant son absence de prescription de kinésithérapie, M1 affirme : « *Je n'ai cette année prescrit aucune séance de kiné respiratoire* », « *Je n'ai pas l'impression d'avoir plus eu de problèmes que les autres* », « *Au niveau de mes résultats, enfin, les hospitalisations, les enfants s'en sont apparemment bien portés* ». Et M10 de justifier ses prescriptions : « *Et du coup, enfin dans la mesure où c'est efficace et que ça fonctionne, et que y'a pas de surinfection, et que le, y'a plus, j'ai pas de retour négatif sur cette pratique, euh, qui doit être totalement améliorable peut-être, mais j'me dis que du coup ça fonctionne pas trop mal, même chez les tout petits tout petits tout petits, mmm, ça permet de garder, franchement ouais, une sécurité par rapport à euh...* »).

M1 et M10 sont tous les deux des hommes, respectivement de 61 et 65 ans. M1 est spécialisé dans la pédiatrie avec son activité dans le réseau PSOF. M10 lui était plutôt investi dans la formation médicale continue. Ils n'ont pas les mêmes modes d'exercice. Ils n'ont pas les mêmes connaissances sur le sujet de la bronchiolite et de ses RBP. Ils n'ont pas non plus la même prise en charge. Ils ne se basent pas sur les mêmes référentiels (M1 se base sur des lectures tandis que M10 se base sur sa pratique). Il n'y a pas de données concernant l'évolution de la pratique de M1 avec le temps. M10, quant à lui, affirme l'avoir beaucoup fait évoluer. Il n'y a pas d'arguments évidents à relier donc, entre ces 2 praticiens, hormis leur sexe et leur âge.

Nous notons qu'il existe un biais de surconfiance pour M1. Peut-il y avoir un lien entre cette surestimation de son jugement et fait de se contenter d'un modèle d'ajustement apparent ?

Pour M10, on note par ailleurs un biais d'ancrage à sa pratique, ainsi qu'un biais du coût immobilisé. Pourrait-il y avoir un lien entre la confiance qu'il accorde à sa méthode et le fait de se contenter du modèle d'ajustement apparent ?

Biais de l'angle mort :

Le biais de l'angle mort favorise notre capacité à percevoir les biais de jugements chez autrui tout en nous masquant nos propres erreurs de jugement (39).

Le biais de l'angle mort, comme vu plus haut, peut-être lié au biais de surconfiance, et une tendance à l'égoïsme. Ainsi, le sens de l'autocritique s'atténue. C'est le cas de M1. M7 présente aussi le biais de l'angle mort. Ici il s'agit plutôt d'une surconfiance qu'elle porte au traitement qu'elle prescrit : « *Bah le traitement il est en général il est fiable, c'est plutôt la*

façon de l'appliquer qui peut ne pas être fiable. Le parent par exemple, peut ne pas être fiable. Parce que sinon le traitement normalement il est fiable, parce que c'est pour ça qu'on le prescrit, parce qu'il est fiable. (rires) Mais là où ça pose problème avec les enfants, c'est les parents hein. Est-ce-que le parent est fiable ». Ici, M10 présente l'incapacité de porter un regard critique sur sa conduite. Elle n'admet pas de devoir évaluer d'un regard objectif les traitements qu'elle prescrit. La prise en charge qu'elle perpétue depuis des années semble inébranlable, elle lui accorde une totale confiance. Le biais d'angle mort surgit ici : si jamais son traitement présentait une inefficacité, ce serait la prise en charge des parents qui serait mise à défaut.

Biais de reprise de contrôle :

Le biais de reprise de contrôle est un biais défini par Ivan Pastorelli en 2000 (40). Il désigne le biais qui conduit les décideurs à favoriser les informations pour lesquelles une intervention de leur part est nécessaire, même si celle-ci est inappropriée. Ce biais est remarqué chez M7 et chez M8. Chez M7, le biais est sous-tendu par l'envie qu'a M7 d'épargner des inconforts à ses patients d'une part, et d'autre part de vouloir régler seule les motifs de consultation de ses patients. Cela l'amène parfois à favoriser la prescription de médicaments sur l'envoi de l'enfant aux urgences. Chez M8, le biais de reprise de contrôle est probablement sous-tendu par la surconfiance qu'il accorde à son jugement et à sa prise en charge. C'est le « bon sens » dont il parle, et qui lui fait prescrire des vaccinations antigrippales de manière élargie (*« c'est que moi je suis très vaccin. Donc euh dès que je peux à partir du moment où y'a des notions de bronchiolites, de pneumonies, d'asthme euh, ou euh, d'otites à répétition, etc... Je propose systématiquement la vaccination anti grippale, dès qu'elle est disponible, aux parents. »*).

Comme similitude, M7 et M8 possèdent leurs âges (56 et 59 ans), la méconnaissance des RBP, et une prise en charge non conforme, basée sur une large part de prescriptions médicamenteuses. Ils accordent tous les deux de l'importance au vécu de la maladie par le patient (et parents). Le biais de reprise de contrôle pourrait être favorisé par une mauvaise connaissance des RBP, et l'envie de soulager au maximum les patients des contraintes (psychologiques et physiques). Le facteur âge pourrait éventuellement intervenir.

Concernant M7, le biais de reprise de contrôle pouvait éventuellement être mis en relation avec le biais d'illusion de contrôle. Pour M8, en plus du biais de surconfiance, on pouvait noter l'importance dans sa prise en charge de l'effet placebo, et du potentiel lien avec le biais de reprise de contrôle.

Biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant, biais de disponibilité : des heuristiques de jugements.

Le biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant est décrit en 1974 par Kahneman et Tversky (9). A travers leurs expériences, ce biais dénote la tendance des individus à analyser les

informations qu'elles reçoivent, en fonction de la première qui a été donnée. L'ajustement insuffisant décrit l'évaluation insuffisante des informations reçues postérieurement, car elles seront toujours évaluées à partir de l'ancrage (information première). Ce biais est jugé comme étant particulièrement tenace (41).

Le biais de disponibilité a été décrit par Kahneman et Tversky en 1973, à travers deux expériences : l'expérience des noms connus et l'expérience de la fréquence des lettres. Ce biais désigne le fait de privilégier les informations qui sont rapidement mobilisables en mémoire (42).

Ces deux biais, à priori indépendant l'un de l'autre, sont pourtant retrouvés ensemble à deux reprises. On les retrouve en effet dans les entretiens de M6 et de M10.

On peut émettre l'hypothèse que le fait d'être soumis au biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant, empêche le praticien de réévaluer convenablement sa pratique avec le temps. Ce biais encourage donc le médecin à exercer son Système 1, c'est-à-dire ses habitudes (qui sont pour lui les meilleures, car il surestime l'information d'ancrage, M10 : « *Y'a les habitudes, y'a les réflexes, y'a des automatismes euh... de tiroirs* ».). Ce serait donc un terrain propice au biais de disponibilité, qui lui-même, avec les automatismes et le temps, renforce le biais d'ancrage (M10 : « *y'a des associations qui se font naturellement, alors qu'elles sont pas naturelles, et qu'il faut les dématérialiser* »).

Quels sont les éventuels points communs de M6 et M10 ? Ce sont tous deux des hommes, âgés respectivement de 58 et 65 ans. Au niveau de la formation continue, M6 en pratique une mais il n'est pas précisé à quelle intensité. M10 a été investi en formation continue, est-ce encore le cas ? Les deux médecins n'ont pas connaissance des RBP, malgré que la prise en charge de M6 leur soit plutôt conforme. On note tout de même que M10 n'a pas de référentiel officiel pour la bronchiolite puisque qu'il se base dorénavant sur sa pratique. Il n'y a pas de données concernant les référentiels utilisés par M6.

Pour finir, ces deux biais, d'ancrage et de disponibilité, semblent pouvoir se potentialiser. Ils peuvent être liés au terrain (âge ?), au manque de réévaluation de la pratique dans le temps, et éventuellement au manque de références à des sources officielles.

Heuristique de représentativité :

L'heuristique de représentativité est une heuristique qui a été utile dans de nombreuses situations pour décrire des biais de jugements. Elle n'est pas en soi un biais, mais bien une heuristique, c'est-à-dire une procédure de raisonnement, qui peut amener à différents biais (9). Elle permet d'établir des jugements en utilisant, par exemple, des raisonnements par similarités. Elle peut, par exemple, contribuer à trouver les réponses à des questions telles que : « Quelle est la probabilité qu'un événement A fasse partie de la catégorie B ? » ou : « L'événement A trouve-t-il son origine dans le traitement B ? » (9).

Ces jugements sont, la plupart du temps, corrects. Mais ils peuvent conduire parfois à des biais d'estimation, comme par exemple, celui de la loi des petits nombres.

D'Aristote à Hume, la représentativité est un principe décrit depuis l'antiquité par les philosophes, comme étant un principe tout à fait légitime d'établir des probabilités (43). Dans son ouvrage « Rhétorique », Aristote explique qu'il est logique de se baser sur la similarité de deux éléments pour en déduire leur fréquence de liaison (ou d'appartenance). Pour Laplace également, un des fondateurs des probabilités modernes, le jugement par l'analogie est un des moyens permettant d'approcher la certitude. Il affirme d'ailleurs que plus les similitudes sont importantes entre deux éléments, plus la probabilité qu'ils appartiennent à la même catégorie est forte. Cependant, Laplace nous met aussi en garde dans un autre chapitre, nommé « Illusions d'estimations de probabilités », sur le fait que notre intuition peut nous mener parfois à des conclusions erronées (43).

Tversky et Kahneman ont étudié ce phénomène en 1973. Pour eux, l'heuristique de représentativité appartient aux trois heuristiques de base du jugement humain (heuristique de représentativité, de disponibilité, et d'ancrage et d'ajustement insuffisant). Ils ont réalisé notamment deux expériences connues la concernant: le problème de Linda, et le problème des ingénieurs et avocats (43).

Dans notre sujet, l'heuristique de représentativité est évoquée devant le fait que certains médecins, dont M8 et M10, semblent inconsciemment utiliser cette heuristique pour traiter la bronchiolite du nourrisson. Du fait de symptômes similaires entre la crise d'asthme et la bronchiolite, notamment les sibilants, ces médecins semblent établir une analogie entre ces deux pathologies. Une fois classée dans la même catégorie par l'heuristique de représentativité, les médecins auront tendance à traiter ces deux pathologies de la même manière. Ainsi, pour traiter la dyspnée sifflante, ils prescriront spontanément des béta 2 mimétiques de courte durée d'action. Ou encore, en cas de signes de mauvaise tolérance respiratoire, M10 peut ajouter une corticothérapie per os.

M8 et M10 sont tous deux des hommes, âgés respectivement de 59 et 65 ans. Ils exercent tous les deux en zone plutôt rurale, mais dans des structures différentes (seul, versus MSP). Ils pratiquent tous les deux la pédiatrie (estimée à 40% de sa patientèle pour M8 et 20-25% pour M10). M8 et M10 ne sont pas au fait des RBP de la bronchiolite. Ils ont une prise en charge non conforme, largement basée sur les prescriptions médicamenteuses. Ces deux médecins affirment que leur principal référentiel est la pratique.

Les facteurs les plus pertinents qui ressortent de cette analyse sont les facteurs âge, méconnaissance des RBP, et absence de réévaluation de la pratique. Ainsi, le manque de connaissance, le manque de remise en question, surtout s'ils s'inscrivent dans la durée, pourraient favoriser l'apparition d'heuristiques de représentativité.

Biais de confirmation :

« Le raisonnement humain, une fois qu'il a adopté une opinion... dessine toutes les autres choses afin qu'elles viennent la supporter et l'accréditer. Et bien qu'il y ait des instances qui la contredisent, en grand nombre, et de grand poids, il les néglige et les méprise, ou bien, par une distinction, les écarte et les rejette ; afin que, par cette grande et pernicieuse

prédétermination, l'autorité de ses conclusions antérieures puisse rester inviolable. »
(Bacon, *Novum Organum*, Book 1, Aphorism 46, 1620).

Ainsi, le biais de confirmation, semble, lui aussi, avoir traversé l'histoire.

D'après Margit et Grosjean, dans le Livre de Pohl (1^{ère} édition, 2004), le biais de confirmation signifie que l'information est traitée, interprétée, et rappelée en mémoire (ce sont trois manières d'introduire le biais de confirmation) de telle manière qu'elle infirme systématiquement le risque que l'hypothèse soit rejetée, ce qui accroît son immunité. Il ne s'agit pas d'utiliser des stratégies trompeuses pour fausser les données mais des formes de traitements d'information plus ou moins intentionnelles, pour renforcer notre parti pris. D'après Reason (1993), face à une ambiguïté, ce biais conduit à favoriser rapidement une interprétation disponible, et à refuser de considérer cette ambiguïté.

Dans notre étude, les médecins concernés sont à nouveau M8 et M10. Les principaux facteurs communs qui ressortaient de leur échantillonnage étaient l'âge, la méconnaissance des RBP, et absence de réévaluation de la pratique. Ainsi, le manque de connaissance et de remise en question pourraient potentialiser un biais de confirmation. Le facteur âge qui apparaît à nouveau, pourrait jouer un rôle dans l'apparition de ce biais. Donne-t-il l'illusion aux médecins, que du fait de leur âge, leur prise en charge a davantage d'authenticité ?

Nous pouvons par ailleurs émettre l'hypothèse d'un lien entre le biais de confirmation et le biais de surconfiance. Il est probable que le fait de surévaluer la valeur de ses opinions peut également diminuer notre capacité à les remettre en question. Nous pouvons noter que M8 possède un biais de surconfiance.

Pensée magique :

Selon Ceccarelli et Lindenmeyer (44), la pensée magique désigne la croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'événements problématiques ou indésirables. D'après ces auteurs, ce type de pensée est typique de la période infantile mais subsiste toujours sous une forme latente dans le psychisme de tout un chacun. La pensée magique constitue une tentative d'échapper aux angoisses et aux conflits, du monde externe et du monde interne. Comme si l'acte de penser pouvait contrôler, expliquer et même changer la réalité. Aussi, donne-t-elle l'impression d'établir un lien causal entre deux événements indépendants. Pour Freud (*Totem et Tabou*, 1913 (44)), la pensée magique résiderait dans le principe de la toute puissance des idées. Elle serait un reste irréductible de la pensée animiste. Elle resterait susceptible de surgir derrière toute pensée, toute « scientifique » soit-elle.

La pensée magique n'est retrouvée que dans un seul entretien, celui de M8. Nous pouvons émettre l'éventuelle hypothèse d'un lien entre sa qualité de psychanalyste (« *ça m'a toujours intéressé et j'ai fait dix ans d'analyse* ») et l'apparition de ce biais. Ayant davantage de connaissances à propos des rouages de la psychologie humaine, il serait plus susceptible de les utiliser dans sa prise en charge médicale. Nous pouvons noter le fait que M11, qui possède une activité parallèle en psychologie, ne possède pas ses biais.

Heuristique de simulation :

Lorsqu'ils doivent résoudre des problèmes, les individus élaborent souvent des scénarios hypothétiques afin d'estimer ce qui en ressortira. C'est-à-dire qu'ils passent chronologiquement en revue les événements dans leur esprit afin d'en évaluer les conséquences probables. C'est ainsi qu'est définie et nommée l'heuristique de simulation, par Kahneman et Tversky, en 1982 (16).

Ce biais est retrouvé chez M8 uniquement. Ainsi, ce qui est mis en valeur dans ses propos, c'est le bénéfice de la prescription de Ventoline, basée sur la probabilité d'une aggravation de l'état clinique de l'enfant dans la nuit, c'est-à-dire à un moment où il leur sera compliqué de consulter. La prescription de Ventoline permet de parer à toute éventualité (« *Mais ensuite, il survient une aggravation dans la nuit, et là ça sera mal vécu, et si on met la Ventoline, ce sera mieux vécu. Alors j'la mets.* »).

Biais de croyance :

D'après Evans (45), le biais de croyance est la tendance à tirer ou à approuver des conclusions conformes à nos croyances antérieures, qu'elles soient logiquement ou non étayées par les prémisses.

Ce biais se réfère donc entièrement au Système 1, puisqu'il n'y a pas d'analyse de la situation ou des arguments.

Le biais de croyance est suggéré dans l'entretien de M10. En effet, le médecin y défend sa prise en charge face aux RBP, en argumentant de leur inconsistance (faible validité du consensuel, changements d'avis des experts au cours du temps). Pourtant, la HAS était jugée comme pertinente avant l'énoncé des RBP de la bronchiolite. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un refus de sa part, à ce qu'une information vienne ébranler la prise en charge en laquelle il croit. Ce comportement pourrait aussi être en lien avec le biais du coût immobilisé. Il semble effectivement plus difficile de reconvertir une prise en charge, dans laquelle M10 s'est investi et a « cru » pendant de longues années.

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un lien entre le biais de croyance et le biais d'illusion de contrôle, dont fait également preuve M10. L'illusion de contrôle relève également de la croyance.

Biais de soumission à l'autorité :

« J'observai un homme d'affaires équilibré et sûr de lui entrer dans le laboratoire, souriant et confiant. En moins de vingt minutes il fut réduit à l'état de loque parcourue de tics, au bord de la crise de nerfs. Il tirait sans arrêt sur le lobe de ses oreilles et se tordait les mains. À un moment il posa sa tête sur son poing et murmura : « Oh mon Dieu, faites qu'on arrête ! » Et pourtant il continua à exécuter toutes les instructions de l'expérimentateur et obéit jusqu'à la fin ». (Milgram, 1963). C'est ainsi que Stanley Milgram décrit un des sujets testés dans sa célèbre étude sur le biais de soumission à l'autorité. Dans son expérimentation, Milgram prouve que l'être humain est disposé à l'obéissance, dès lors que les recommandations lui sont demandées par une instance (ou une personne) représentant l'autorité (46).

Ainsi, le biais de soumission à l'autorité désigne l'obéissance qui a lieu lorsqu'un individu modifie son comportement, afin de se soumettre à l'ordre direct d'une autorité légitime.

Dans nos entretiens, des conditions si extrêmes ne sont bien sûr pas évoquées.

M10, cependant, exprime l'autorité dont fait preuve la faculté de médecine sur les étudiants. Il critique de ce fait le caractère indubitable des informations qu'elle transmet à ses étudiants (« *La faculté elle est vraiment très prégnante de sa vérité quoi, hein...* »). C'est un des facteurs qui serait responsable, pour lui, des difficultés à adapter sa pratique.

Nous pouvons revenir à nouveau sur le sujet de la Haute Autorité de Santé et de son lien avec les médecins. Nous pouvons nous questionner maintenant sur l'intervention d'un biais de soumission à l'autorité, chez les praticiens qui suivent les RBP, sans en étudier leurs sources. Est-t-il suffisant pour justifier d'une prise en charge, d'argumenter le fait que celle-ci ait été édictée par la HAS (comme le fait M2) ? Ne faudrait-il pas tenter, comme le fait par exemple M12, de croiser plusieurs référentiels d'origines différentes, afin de s'assurer de la fiabilité des informations ?

4.3.7. Synthèse des résultats :

- A l'issue des entretiens, nous notons la présence de biais cognitifs dans le raisonnement de certains médecins. En effet, sur les 13 praticiens interviewés, 9 ont présenté des biais cognitifs.
- Aucun biais cognitif n'a été retrouvé dans les entretiens de 4 praticiens sur 13 : M2, M9, M11 et M12.
- Au total, 21 biais cognitifs ont été identifiés à l'analyse des entretiens.
- Les biais cognitifs sont inducteurs de prescriptions médicamenteuses. Notamment 13 biais semblent particulièrement influents sur la prescription médicamenteuse (l'effet placebo est le plus important, ensuite viennent le biais de surconfiance, l'illusion de contrôle, le biais de désirabilité sociale, l'illusion de connaissance asymétrique, l'heuristique de représentativité, le biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant, le biais de reprise de contrôle, le biais de corrélations illusoire, la loi de petits nombres, l'heuristique de simulation, et la pensée magique).
- Les biais sont responsables d'une abstention au recours hospitalier alors même que des signes cliniques de gravité sont présents à l'examen clinique. Ainsi, le biais de surconfiance, le biais d'illusion de contrôle, le biais de reprise de contrôle, le biais de désirabilité sociale et l'heuristique de représentativité interfèrent sur la prise en charge urgente d'une bronchiolite.
- Les biais cognitifs influencent la manière dont les médecins se réfèrent sur la prise en charge à adopter dans la bronchiolite. Ainsi, on note au premier plan le biais de conformisme, concernant les médecins qui calquent leur prise en charge sur celle de leurs confrères. Lorsqu'ils se basent sur leur propre pratique, on retrouve la loi de petits nombres, le biais d'ancrage, le biais de surconfiance, le modèle d'ajustement apparent, le biais de disponibilité, le biais de confirmation, le biais du coût immobilisé, le biais de

croyance. Ces biais créent un frein à la remise en question et à la réévaluation des pratiques.

- Certains facteurs semblent favoriser l'apparition de biais cognitifs. Le manque de connaissance et l'insuffisance de formations continues interviennent. L'âge semble également jouer un rôle.

5. Discussion :

5.1. Principaux résultats:

5.1.1. L'analyse confirme les idées initiales, fondatrices de l'étude :

Les résultats issus de l'analyse thématique confirment les idées déjà connues à l'élaboration de la thèse. D'une part les RBP de la bronchiolite datant de 2000 ne sont pas encore bien connues de tous les médecins. D'autre part, les prises en charge des praticiens sont hétérogènes : hétérogénéité des traitements médicamenteux, variations des critères imposant l'envoi de l'enfant aux urgences.

5.1.2. Les biais cognitifs ont un rôle dans l'hétérogénéité de prise en charge de la bronchiolite en médecine générale :

Vingt et un biais cognitifs ont été identifiés dans les entretiens des médecins généralistes interviewés, et influencent leurs prises de décisions. Neuf praticiens sur treize présentent des biais cognitifs dans leurs raisonnements. Les biais peuvent être responsables de prescriptions médicamenteuses inappropriées, de retard ou d'abstention au recours hospitalier, de prescriptions de kinésithérapie non justifiées. Ils influencent la relation avec les parents, et enfin ils entravent à la remise en question des pratiques.

Les quatre praticiens ne présentant pas de biais cognitifs ont les facteurs communs suivants : ce sont des femmes, d'âge plutôt jeune, possédant une bonne connaissance de la pathologie, et qui pratiquent une formation médicale continue.

Il aurait été intéressant de pouvoir approfondir davantage les résultats afin de comprendre comment le fait d'être une femme semble être un facteur protecteur contre les biais cognitifs, dans la prise en charge de la bronchiolite. Ces quatre médecins étant des femmes, mais aussi des mères, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un lien entre la maternité et la prise en charge de la bronchiolite.

5.1.3. Tolérance au risque face à certaines prises de décisions ?

L'analyse met en évidence un comportement de « tolérance au risque » chez plusieurs praticiens. En effet, nous constatons une abstention de recours aux urgences alors même que des signes cliniques de gravité sont remarqués à l'examen clinique. Ce retard au recours hospitalier repose souvent sur des prescriptions médicamenteuses jugées efficaces, une méconnaissance des critères de gravité, et des biais cognitifs (illusion de contrôle, biais de désirabilité sociale, biais de reprise de contrôle, heuristique de représentativité).

5.1.4. Education thérapeutique, réassurance et surveillance : des critères de qualité de la prise en charge?

D'après l'étude qualitative réalisée par T. Barré en 2016 (« Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale » (47)), les consultations médicales sans prescriptions médicamenteuses requièrent, pour leur bon déroulement, plusieurs conditions.

Les conditions principales mises en évidence par l'étude étaient : une relation de confiance entre le médecin et le patient, avec un échange et des explications données sur la situation, ainsi que l'établissement d'une surveillance. La notion « d'habitude » était aussi relevée. Si ces conditions étaient respectées, les patients se révélaient être satisfaits d'une prise en charge uniquement symptomatique.

Ces éléments vont donc à l'encontre de certains arguments avancés par des médecins (M8, M10 ou M13), qui affirment que les parents ne peuvent pas accepter l'idée d'une prise en charge uniquement symptomatique.

Par ailleurs, l'absence de réassurance administrée par M3 à l'égard des parents, pourrait être un frein à la bonne prise en charge de la bronchiolite. De même l'absence d'informations exhaustives données par M6 aux parents pourrait également être un frein. Ainsi, les notions d'éducation thérapeutique, de réassurance et d'établissement d'une surveillance pourraient être des facteurs importants garants d'une bonne prise en charge de la bronchiolite.

5.1.5. La HAS : une institution parfois contestée.

Comme nous l'avons vu dans l'analyse, pour certains médecins généralistes, la position de la HAS en tant qu'institution référente n'est pas si légitime.

L'origine de cette contestation est multiple. Différents facteurs ont été effectivement identifiés, dont des biais cognitifs (biais de surconfiance, biais de conformisme), le manque de confiance en ce qui concerne l'authenticité des RBP, et le manque de pratique dans la présentation et l'application des RBP.

Le rapport qu'entretiennent les médecins avec la HAS semble important pour une bonne application des RBP.

5.1.6. La Bronchiolite : un terrain propice aux biais cognitifs? :

La bronchiolite est une pathologie qui présente différentes particularités : elle est le plus souvent bénigne, elle est fréquente, elle est anxiogène pour les parents et ne nécessite aucun traitement médicamenteux. Il se pourrait que ces particularités constituent un terrain propice à l'apparition de biais cognitifs dans sa prise en charge.

5.1.7. Les biais cognitifs et leurs interventions aux différentes étapes de la prise de décision médicale:

La prise de décision médicale résulte d'un ensemble de paramètres, dont certains sont établis avant la consultation médicale, et d'autres qui seront établis pendant la consultation.

Pour commencer, avant même la consultation et la rencontre avec le patient, le médecin possède des connaissances données sur la pathologie en question. Les connaissances qu'il possède peuvent avoir différentes sources : les informations qu'il a reçues à l'Université lorsqu'il était étudiant, les informations qu'il a lues dans différents référentiels, celles qui lui ont été transmises lors de discussions avec ses collègues, et aussi des informations qu'il aurait tirées de son expérience personnelle.

Deuxièmement, le médecin, lorsqu'il va recevoir ses informations, va pouvoir les interpréter (à sa manière), et les appliquer.

Le troisième paramètre rentrant en jeu est le patient, dans la situation clinique concrète.

Et enfin, en pédiatrie se trouve un quatrième paramètre : les parents.

Le médecin possède donc deux liens durant sa consultation. Celui avec l'enfant, qu'il va examiner, pour établir un diagnostic. Et le lien avec les parents, avec lesquels il faudra établir une relation de confiance, une réassurance et une éducation thérapeutique.

Les biais cognitifs retrouvés lors des entretiens interviennent à tous ces stades de la prise en charge.

a) Les biais cognitifs et le recueil des informations :

Lorsque le médecin recueille ses informations médicales, il se réfère à une source. Selon la manière dont le recueil d'informations est réalisé, des biais cognitifs peuvent apparaître. Si le médecin choisit de se renseigner auprès de ses collègues, il risque le biais de conformisme. S'il choisit de ne se référer qu'à une seule instance, faisant office de référence, il risque le biais de soumission à l'autorité. Si le recueil n'est effectué qu'à partir de l'expérience personnelle du médecin, un biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant peut survenir.

b) Les biais cognitifs du médecin et le traitement des informations :

Certains biais cognitifs ne concernent que les pensées du médecin avec lui-même. C'est-à-dire, qu'un médecin qui accordera une valeur excessive à ses jugements, sera sujet au biais de surconfiance. Un médecin « expérimentateur » pourra être sujet au biais de la loi des petits nombres. Un médecin réticent au changement pourrait être sujet au biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant. Un médecin réticent à l'effort cognitif pourrait se retrouver sujet au biais de disponibilité. Le biais de confirmation, de croyance et du coût immobilisé en font également parti.

c) Les biais cognitifs et la relation médecin-parents :

Lors de l'établissement du lien médecin-parents, nous avons constaté dans notre étude que les médecins pouvaient être soumis à trois biais : l'effet placebo, l'illusion de connaissance asymétrique et le biais de désirabilité sociale. Ces biais modifient la perception du lien médecin-parent et peuvent amener les médecins à modifier leur prise en charge (soit pour rassurer, soit par une mauvaise interprétation des souhaits du parent, soit pour donner une image favorable).

d) Les biais cognitifs et la prise en charge de l'enfant :

Lors des entretiens, nous avons vu que des biais pouvaient intervenir lorsque le médecin prend en charge un enfant atteint de bronchiolite. Par exemple, un médecin anxieux face à la situation clinique pourra être sujet à l'effet placebo pour lui-même. Ou encore il sera amené à vouloir intervenir devant les symptômes de gêne respiratoire, et induire un biais de reprise de contrôle. Nous avons vu que l'illusion de contrôle, la pensée magique et l'heuristique de simulation pouvaient également survenir.

5.2. Perspectives d'amélioration :

Diverses mesures d'amélioration peuvent être présentées en vue des résultats obtenus.

5.2.1. Techniques de « debiasing » :

Là où Kahneman et Tversky s'attachaient à décrire l'irrationalité de la pensée humaine au travers des biais cognitifs, Olivier Houdé focalise ses recherches sur l'apprentissage de la maîtrise des biais cognitifs. Comme nous l'avons développé dans le 2^{ème} chapitre, Olivier Houdé décrit aux travers de ses études la notion de vicariance. Cette capacité de plasticité cérébrale nous donne l'espoir de pouvoir nous éduquer à reconnaître nos biais, et à les inhiber.

Il existe en effet maintenant des techniques de « debiasing ». A chaque biais correspond une technique qui lui est spécifique, afin de pouvoir diminuer son impact sur la prise de décision (48). Ces techniques ont d'ores et déjà été adaptées à la prise de décision médicale. Des études, telles que « *Debiasing Health-Related Judgments and Decision Making: A Systematic Review* », de Ludolph et Schulz (49), confirment l'efficacité de ces techniques pour limiter les erreurs de jugement des praticiens.

Il pourrait être judicieux d'enseigner l'existence des biais cognitifs et de mettre à disposition des médecins des formations spécifiques.

Il serait également intéressant d'envisager des enseignements aux étudiants en médecine, destinés à les sensibiliser à l'existence des biais cognitifs, informer sur le déroulement et les étapes d'une prise de décision, et prévenir des potentiels biais pouvant intervenir dans la relation médecin patient.

Il existe des échelles standardisées, visant à définir le « style cognitif » des individus. Ces

échelles peuvent s'appliquer aux médecins, et ainsi concourir à une meilleure connaissance de soi et des biais cognitifs auxquels nous pouvons être sujets (50).

« La pensée critique pour comprendre les causes communes des erreurs cognitives peut et devrait être enseignée à tous les professionnels de santé, en particulier les médecins, (...) qui joueront un rôle de diagnostic primaire et qui seront impliqués dans le processus de diagnostic » (48) (« *Improving diagnosis in health care National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* »; Erin P. Balogh, Bryan T. Miller, and John R. Ball).

5.2.2. Promouvoir la formation médicale continue :

D'après certains auteurs, qui ont été cités dans le 2^{ème} chapitre, le facteur de la connaissance est indispensable, mais non suffisant à l'inhibition des biais cognitifs. Il est nécessaire de garder un regard critique sur sa pratique et d'avoir la volonté de se remettre en question. Nous avons également abordé le rôle des émotions contrefactuelles à ce propos. Ainsi, le doute, la curiosité, et le regret seraient des émotions qui permettraient de rester vigilant par rapport à nos décisions et à la manière dont nous traitons l'information. Dans ce contexte, et sachant que la formation médicale continue semble avoir été un des facteurs déterminants à inhiber les biais cognitifs, il semble important de la promouvoir.

En France, la formation médicale continue est obligatoire depuis de nombreuses années. Mais le respect de cette obligation n'est pas suivi des faits. Un système de certification des médecins est en cours d'élaboration par le Pr Serge Uzan, et sera mis en place pour les étudiants diplômés à partir de 2021.

5.2.3. Améliorer le lien entre la HAS et les médecins généralistes :

Au même titre que la relation médecin-patient est importante, il semble également important d'entretenir un lien de confiance entre le médecin et la HAS.

Pour certains médecins généralistes, ce lien est esquiné car ils ne se sentent pas représentés par la HAS. Celle-ci est parfois perçue comme une institution « lointaine ». Les protocoles édictés ne semblent pas, pour certains médecins, tenir compte de la réalité de la pratique sur le terrain. Des praticiens expriment le sentiment « d'être au bas de l'échelle », d'être « paumés », et le besoin d'être soutenus.

Améliorer le lien entre les médecins et la HAS pourrait-il favoriser l'application des RBP ? Comment améliorer ce lien entre les médecins et la HAS ? Comment « soutenir » ces médecins qui en ressentent le besoin ? S'agirait-il de faciliter l'accès à l'information ? De multiplier les contacts auprès des médecins généralistes, pour prendre connaissance de leurs difficultés sur le terrain ? D'envoyer des messages systématiques informant des nouvelles recommandations ? De faciliter le travail des médecins en divulguant des messages d'information aux patients ? (A ce sujet, la campagne d'information « les

antibiotiques, ce n'est pas automatique », semble avoir été efficace selon les propos des médecins interviewés).

5.2.4. Valoriser la médecine générale:

Certains médecins évoquent le manque de temps comme obstacle à une éducation thérapeutique convenable du patient, et à l'instauration d'une prise en charge uniquement symptomatique (qui comme nous l'avons décrit, nécessite pour qu'elle soit admise du patient, une information et une réassurance suffisantes, ce qui prend du temps).

Le temps semble donc un obstacle important dans la prise en charge de certains praticiens. Cela fait écho à la surcharge de travail que ressentent les médecins généralistes, et à la multiplication des consultations de courte durée.

Il serait utile de poursuivre la valorisation de la médecine générale auprès des étudiants, afin de promouvoir le choix de cette spécialité. Il pourrait également être utile de revaloriser l'acte afin d'améliorer la qualité du lien médecin patient et de l'éducation thérapeutique.

5.3. Validité de l'étude :

5.3.1. Forces de l'étude :

L'influence des biais cognitifs sur la prise de décision est reconnue dans la littérature, mais encore peu étudiée dans le monde médical. L'étude des biais cognitifs dans la prise en charge de la bronchiolite n'avait jamais été réalisée auparavant. Dans ce sens, la conception de ce travail constitue une innovation.

En étudiant les comportements des médecins généralistes dans la prise en charge de la bronchiolite, différentes sources de problèmes ont été identifiées. Par conséquent, des leviers pour l'amélioration de la pratique ont été mis en évidence.

Le choix d'une méthode qualitative avec l'utilisation d'entretiens semi-dirigés a permis la réalisation d'un travail très riche. Les données recueillies ont été très diversifiées et des thèmes inattendus ont été découverts en cours d'analyse.

La recherche d'une cohérence avec les données préexistantes de la littérature a été réalisée. Notamment, une vaste recherche bibliographique concernant le thème des biais cognitifs a été réalisée, afin d'authentifier les résultats d'analyse de l'étude.

5.3.2. Faiblesses de l'étude :

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'est pas représentatif de la population mais reflète au mieux sa diversité. Même si notre échantillon reflète les diversités démographiques dans le département de l'Essonne, l'étude aurait pu être enrichie par l'élargissement de l'échantillon à d'autres départements.

Inclure des praticiens exerçant comme salariés aurait pu enrichir l'échantillon.

L'estimation de la patientèle pédiatrique de chaque praticien a été évaluée de manière subjective, selon leurs propres estimations. Recueillir également ce chiffre via leurs données SNIR aurait permis une évaluation plus objective.

Concernant les entretiens, la capacité à s'exprimer devant l'enquêteur et l'abord du thème de la bronchiolite ont été différents en fonction de l'aisance de chaque médecin. Le développement de mécanisme de défense et la gêne de certains médecins lors des entretiens ont donc probablement fait obstacle au recueil de certaines données.

De la même manière, la qualité de l'entretien est directement liée aux capacités relationnelles de l'enquêteur et à sa manière de conduire l'entretien. L'absence de formation préalable et le fait d'être novice ont pu biaiser l'étude. Certaines questions maladroites ont pu écarter le médecin d'un thème qu'il aurait pu développer, entraînant alors une perte de données. De même, des questions plus ouvertes auraient permis de recueillir plus de données.

De plus, les biais cognitifs n'étaient pas toujours aisés à mettre en évidence dans les entretiens. Cela constituait également une des difficultés de la conduite des interviews.

Pour la même raison, la grille d'analyse a été modifiée à plusieurs reprises, pour conceptualiser des questions plus adaptées. Cela explique le manque de systématisation dans le recueil de données liées aux caractéristiques des médecins et à leurs pratiques. La subjectivité de certaines questions rendait complexe la récupération des données à posteriori, chez les médecins déjà interviewés.

Malgré une recherche bibliographique exhaustive et solide concernant le thème des biais cognitifs, l'analyse n'a pas été réalisée par un expert dans ce domaine. Il n'est pas exclu qu'un regard plus expérimenté puisse conduire à des interprétations différentes.

6. Conclusion :

Les biais cognitifs sont inhérents au processus de la pensée humaine. De nombreuses études ont montré leur impact dans les prises de décision managériale, économique, judiciaire, militaire. Peu d'études récentes ont été réalisées dans le domaine médical.

Notre étude a évalué l'influence des biais cognitifs sur la prise en charge observée de la bronchiolite du nourrisson, chez les médecins généralistes de l'Essonne.

Notre travail a confirmé l'hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite et a permis d'identifier 21 biais cognitifs intervenant aux différentes étapes de la prise de décision médicale.

Ces biais cognitifs influencent les décisions médicales en favorisant des prescriptions inadaptées, et en générant parfois un retard au recours hospitalier dans les cas de bronchiolites graves.

L'analyse n'a pas retrouvé de biais cognitifs chez quatre médecins. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme pouvant influencer l'apparition de biais cognitifs dans le raisonnement des médecins dans la bronchiolite, à savoir : l'âge, le sexe, la connaissance du sujet et l'investissement dans une formation médicale continue.

Les médecins exprimant les émotions contrefactuelles, que sont le regret, le doute, et la curiosité, semblent être moins sujets aux biais cognitifs.

Au vu de cette étude, il pourrait s'avérer utile de proposer aux médecins et étudiants en médecine des modules de sensibilisation à la psychologie cognitive et d'évaluer l'impact des méthodes de « debiasings » sur l'amélioration des pratiques. La promotion et le suivi d'une formation médicale continue semblent également nécessaire.

Ces propositions permettraient d'améliorer la qualité des prises de décisions, et de servir l'intérêt des patients.

Le caractère qualitatif de l'analyse a permis également de faire ressortir d'autres problématiques lors des entretiens, notamment la remise en cause des recommandations de l'HAS par les médecins généralistes.

7. Bibliographie :

1. bronchio.pdf [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/bronchio.pdf>
2. Vijayakanthan V. La prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par le médecin généraliste: revue systématique de la littérature. [Médecine Générale]. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2016.
3. Tercier JA. Bronchiolitis: a clinical review. J Emerg Med. 1983;1(2):119-23.
4. Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite, HAS, décembre 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/pertinence_du_recours_a_l_hospitalisation_pour_bronchiolite.pdf
5. Blanchereau. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS - EM | consulte [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/852153>
6. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. Academic Medicine [Internet]. janv 2017 [cité 19 août 2019];92(1):23. Disponible sur: http://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2017/01000/The_Causes_of_Errors_in_Clinical_Reasoning_.13.aspx#R19-13
7. Petit E. L'apport de la psychologie sociale à l'analyse économique. Revue d'économie politique [Internet]. 2011 [cité 21 août 2019];Vol. 121(6):797-837. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2011-6-page-797.htm>
8. Houdé O. L'intelligence humaine n'est pas un algorithme. Odile Jacob. Paris; 2019. 256 p.
9. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. Science, New Series [Internet]. 1974;185(4157,):1124-31. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/1738360>
10. H. Teigen K. Judgments by representativeness. In: Cognitive Illusions. A Psychology Press Book. Rüdiger F. Pohl; p. 204-22.
11. ARISTOTE : Rhétorique : livre 1 [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/Aristote/rheto1.htm>
12. Kahneman D. Système 1, Système2: Les deux vitesses de la pensée. Flammarion; 2016. 706 p.
13. Bernard A. Sommes-nous bayésiens? Une expérience sur les biais de jugement et le poids des impressions. :51.
14. AUGIER M., Sublime Simon : The consistent vision of economic psychology's Nobel Laureate, Journal of Economic Psychology, 22, p. 307-334.
15. President Obama to award Medal of Freedom to Kahneman [Internet]. <https://www.apa.org>. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.apa.org/monitor/2013/10/kahneman>
16. Fiske ST, Taylor SE. Heuristiques et raccourcis mentaux. Efficience dans les inférences et dans la prise de décision. PSY-Individus, groupes, culture [Internet]. 2011 [cité 22 août 2019];193-228. Disponible sur: <http://www.cairn.info/cognition-sociale--9782804700355-page-193.htm>
17. Nisbett RE, Ross L. Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment. Prentice Hall; 1980. 352 p.

18. Welcome [Internet]. Gut Feelings in General Practice. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://www.gutfeelings.eu/>
19. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E, et al. L'intuition en médecine générale: validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *exercer*. 2011;22(95):16-20.
20. Le test du Chamallow de Walter Mischel (marshmallow test en français) [Internet]. 2015 [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ghhacDKATf0>
21. Walter Mischel - The Marshmallow Test [Internet]. 2015 [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=XcmrCLL7Rtw>
22. Petit E. I. Qu'est-ce qu'une émotion ? *Reperes* [Internet]. 12 mai 2015 [cité 22 août 2019];9-28. Disponible sur: <http://www.cairn.info/economie-des-emotions--9782707183200-page-9.htm>
23. Allain P. La prise de décision : aspects théoriques, neuro-anatomie et évaluation. *Revue de neuropsychologie* [Internet]. 13 août 2013 [cité 13 juin 2019];Volume 5(2):69-81. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-2-page-69.htm>
24. Bronner G. Chapitre 2. Quel modèle pour l'erreur cognitive ? *Sociologies* [Internet]. 2007 [cité 22 août 2019];95-164. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-empire-de-l-erreur--9782130562504-page-95.htm>
25. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* [Internet]. mai 2002 [cité 20 août 2019];3(2):81-90. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medecale.org/10.1051/pmed:2002018>
26. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
28. Tison B. L'entretien psychologique. *Fondements-Modalités. Chronique Sociale*; 2013. 141 p.
29. Bazin AL. Ressentis des parents concernant les différentes méthodes de soins apportées à leur enfant atteint de bronchiolite : une thèse qualitative en médecine générale. :91.
30. Gates M, Shulhan-Kilroy J, Featherstone R, MacGregor T, Scott SD, Hartling L. Parent experiences and information needs related to bronchiolitis: A mixed studies systematic review. *Patient Education and Counseling* [Internet]. mai 2019 [cité 28 août 2019];102(5):864-78. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839911831019X>
31. De Brasi D, Pannuti F, Antonelli F, de Seta F, Siani P, de Seta L. Therapeutic approach to bronchiolitis: why pediatricians continue to overprescribe drugs? *Ital J Pediatr* [Internet]. 2010 [cité 28 août 2019];36(1):67. Disponible sur: <http://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/1824-7288-36-67>
32. Bert C. L'effet placebo. *Sciences Humaines* [Internet]. 2004 [cité 6 juill 2019];N°149(5):31-31. Disponible sur: <http://www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2004-5-page-31.htm>
33. Pronin E, Kruger J, Savitsky K, Ross L. You Don't Know Me, But I Know You: The Illusion of Asymmetric Insight. :18.
34. Hoffrage U. Overconfidence. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book*. Rüdiger F. Pohl; p. 291-314.
35. Thompson SC. Illusions of control. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book*. Rüdiger F. Pohl; p. 134-49.
36. Fiedler K. Illusory correlation. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book*. Rüdiger F. Pohl; p. 115-33.

37. Kahneman D., Tversky A., The framing of decisions, 1981.
https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:ffffff-fad3-547b-ffff-ffffe54d58af/10.18_kahneman_tversky_81.pdf, consulté le 20/08/2019.
38. Larouzeé J, Guarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason. :45.
39. Pronin E, Lin DY, Ross L. The Bias Blind Spot: Perceptions of Bias in Self Versus Others. *Pers Soc Psychol Bull* [Internet]. 1 mars 2002 [cité 5 juill 2019];28(3):369-81. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/0146167202286008>
40. Lebraty J.F., Pastorelli Negre I., Biais cognitifs : quel statut dans la prise de décision assistée ?, Janvier 2004.
https://www.researchgate.net/publication/45676810_Biais_cognitifs_quel_statut_dans_la_prise_de_decision_assistee, consulté le 24/08/2019.
41. Bahnik S, Englich B, Strack F. Anchoring effect. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book.* Rüdiger F. Pohl; p. 223-41.
42. Reber R. Availability. In: *Cognitive illusions. A Psychology Press Book.* Rüdiger F. Pohl; p. 185-203.
43. H.Teigen K. Judgments by representativeness. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book.* Rüdiger F. Pohl; p. 204-22.
44. Ceccarelli P, Lindenmeyer C. Les avatars de la pensée magique. *Cliniques méditerranéennes* [Internet]. 2012;85(1):41-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2012-1-page-41.htm>
45. St.B.T. Evans J. Belief bias in deductive reasoning. In: *Cognitive Illusions. A Psychology Press Book.* Rüdiger F. Pohl; p. 165-82.
46. Richardot S. 3. L'apport de la psychologie sociale à la question de l'obéissance : les travaux de Stanley Milgram sur la soumission à l'autorité. In: *Obéir, désobéir* [Internet]. Paris: La Découverte; 2008. p. 47-59. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/obeir-et-desobeir--9782707156198-p-47.htm>
47. Barré T. Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale : approche qualitative. :57.
48. Gana W, Franck DG, Benoît DT. La prise de décision médicale à l'épreuve des biais cognitifs et heuristiques mentales. :15.
49. Ludolph R, Schulz PJ. Debiasing Health-Related Judgments and Decision Making: A Systematic Review. *Med Decis Making.* 2018;38(1):3-13.
50. Weinstein NeilD, Klein WM. Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. In: *Heuristics and biases The psychology of intuitive judgment.* Cambridge University Press. Gilovich, Griffin, Kahneman; 2002. p. 313-23.

8. Annexes :

8.1. Liste des biais cognitifs et leurs définitions.

Voici la liste des 21 biais cognitifs ou heuristiques retrouvés dans les entretiens, suivis pour chacun d'eux de leur définition concise.

Heuristique de représentativité : Etablir la probabilité de liaison entre deux catégories du fait de leurs ressemblances. (Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). *On the psychology of prediction.*; Tversky & Kahneman, 1982)

Loi des petits nombres : établir des règles générales à partir de l'observation de petits échantillons, jugés représentatifs de la population d'où ils ont été extraits. *Tversky et Kahneman, Law of small numbers, de 1971.*

Biais d'ancrage et d'ajustement insuffisant : Tendance à attribuer une pondération excessive à une information (point d'ancrage), et d'interpréter les informations suivantes à partir de ce point d'ancrage (ajustement insuffisant). *Tversky et Kahneman (1974) ; (Epley & Gilovich, 2001).*

Biais de disponibilité : privilégier les informations selon la rapidité avec laquelle elles viennent à l'esprit (*Tversky & Kahneman, 1973*).

Biais de confirmation : l'information est traitée, interprétée, et rappelée en mémoire (ce sont trois procédés d'introduire le biais de confirmation) de telle manière qu'elle infirme systématiquement le risque que l'hypothèse soit rejetée, ce qui accroît son immunité. *Margit et Grosjean (dans le Livre de Pohl, 2004, Illusions cognitives)*

Biais de surconfiance : Surestimer ses capacités, accorder à la connaissance de leur domaine une exhaustivité et une précision qu'elle n'a pas. *Roy et Lerch (1996)*

Illusion de connaissance asymétrique: Nous pensons mieux savoir ce que les autres pensent que réciproquement. *Emily Pronin, Justin Kruger, Kenneth Savtisky et Lee Ross, « You don't know me, but I know you: The illusion of asymmetric insight. », Journal of Personality and Social Psychology, vol. 81, no 4, 2001, p. 639–656*

Biais de croyance : tendance à tirer ou à approuver des conclusions conformes à nos croyances antérieures, qu'elles soient logiquement ou non étayées par les prémisses. *Belief bias in deductive reasoning, Jonathan St. B. T. Evans*

Biais de désirabilité sociale : vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. *Marlowe-Crowne 1960.*

Biais de soumission à l'autorité : modification du comportement d'un individu afin de se soumettre à l'ordre direct d'une autorité jugée comme légitime. (*Lévine et Pavelchack in Moscovisci : psychologie sociale, PUF, 1984*).

Illusion de contrôle : tendance à croire que nous pouvons contrôler ou du moins influencer des résultats sur lesquels nous n'avons, en réalité, aucune influence. (*Langer, 1989*).

Corrélations illusoires : établissement instinctive d'une corrélation entre deux événements, qui n'existe pas réellement. *Klaus Fiedler, Illusory Correlation, 2004, Pohl*.

Biais de reprise de contrôle : Favoriser les informations pour lesquelles une intervention de notre part est nécessaire, même si celle-ci est inappropriée. *Ivan Pastorelli (2000)*

Pensée magique : désigne la croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'événements problématiques ou indésirables. *Les avatars de la pensée magique, Ceccarelli et Lindenmeyer (Cliniques méditerranéennes 2012/1 (n°85), CAIRN*.

Heuristique de simulation : Elaborer des scénarios hypothétiques afin de tenter de trouver une solution appropriée à un problème. C'est-à-dire passer chronologiquement en revue les événements dans notre esprit afin d'en évaluer les conséquences probables. (*Kahneman & Tversky, 1982*).

Effet de cadrage décisionnel : Le jugement d'une information est affectée par la manière dont elle est présentée. *Kahneman et Tversky (1984; 1981)*

Biais de conformisme (ou de conformité au groupe) : tendance à penser et à agir comme les autres le font. *Helmreich et Meritt (1998)*.

Effet placebo :

- Admettre que n'importe quel produit, même neutre, est susceptible d'avoir un effet thérapeutique dès lors qu'il est présenté comme un médicament.

- Prescrire pour plaire et pour rassurer.

Sciences Humaines 2004-5 (N°149), L'Effet Placebo, Claudie Bert. (Cairn.Info).

Biais de l'angle mort : reconnaissance de l'impact des biais sur le jugement des autres, tout en omettant de voir l'impact des biais sur son propre jugement. *Emily Pronin, Daniel Lin et Lee Ross, psychologues sociaux du Département de psychologie de l'Université Princeton, 2002*.

Coûts immobilisés : tendance qu'ont les personnes de continuer à investir dans une action pour laquelle leur contribution a été significative. *Arkes et Blumer (1985)*

Modèle d'Ajustement apparent : Un modèle, même peu conforme à la réalité, ne fait pas forcément apparaître d'éléments susceptibles de l'infirmier. Cette absence est interprétée comme un ajustement du modèle mental à la réalité et réduit la détection d'éléments infirmant. *Reason (1993)*.

Et enfin : la tolérance au risque, qui se trouve à la frontière entre le biais cognitif et le trait de personnalité : Comportement qui consiste à prendre des risques, par excès d'optimisme et manque de réalisme (50).

8.2. Guide d'entretien final :

Introduction : présentation personnelle, présentation de l'étude, demande d'accord pour l'enregistrement audio.

1. Présentation du médecin et de son activité :

- âge
- lieu d'exercice (zone rurale, urbaine?), secteur, mode d'activité (seul, en groupe, pluriprofessionnel?)
- début d'exercice, date d'installation.
- formations initiales
- activités spécifiques autres que l'exercice en cabinet (*ancienne ou en cours*)
- formations continues
- spécialité(s) médicale(s) éventuelles, domaines de prédilection.
- estimation de la proportion de patientèle pédiatrique (0-18ans; 0-2 ans)

2. Description de la consultation type :

- « Racontez-moi votre prise en charge de la bronchiolite ».

Le médecin explique le déroulement d'une consultation type de bronchiolite. Il avance les différentes parties de la consultations et détaille les différents éléments selon l'ordre de son choix. Si le médecin aborde la prise en charge d'épisodes récidivants de bronchiolites ou bien s'il nomme spontanément l'asthme du nourrisson, il lui est précisé que l'étude ne porte que sur les premiers épisodes de bronchiolite.

A l'issue de cette première question, différents éléments doivent avoir été abordés. Si ce n'est pas le cas, l'enquêteur procède à des relances pour aider le médecin à détailler les éléments de sa prise en charge : interrogatoire, examen clinique, évaluation et gestion de la gravité, prescriptions, explications aux parents, surveillance.

Les relances visent particulièrement les prescriptions.

a) Relances concernant les prescriptions médicamenteuses :

Si non évoqués spontanément : « Vous arrive-t-il de prescrire des médicaments ? »

Passer en revue l'ensemble des médicaments suivants :

- béta 2 mimétiques d'action rapide (Ventoline) ?
- antibiotiques ?
- corticoïdes inhalés ?
- corticoïdes oraux ?
- autre ?

Pour les traitements médicamenteux évoqués, poser les questions suivantes :

- « Pourquoi le prescrivez-vous ? », « Dans quelles situations ? »
- « Quels effets attendez-vous du traitement ? »
- faire préciser la posologie, ou du moins le caractère facultatif versus systématique de la prescription.

b) Relances concernant les prescriptions non médicamenteuses :

- « Avez- vous d'autres prescriptions? ».

- Concernant les mesures hygiéno-diététiques sont éventuellement attendus: DRP, fractionnement des repas, proclive dorsal, température de la pièce.

- Concernant la kinésithérapie, relances possibles :

- « Pour quelle raison » ou « dans quelles situations prescrivez-vous de la kinésithérapie ? »
- A quelle fréquence (faire préciser le caractère systématique versus facultatif de cette prescription)
- efficacité attendue

3) Investigation du lien avec les parents :

- Comment gérez-vous l'inquiétude des parents
- Qu'expliquez-vous aux parents ? (à l'issue de la consultation)
- Vous arrive-t-il de prescrire à la demande des parents ? Ou alors les parents sont-ils demandeurs de prescriptions ?

4) Investigation des motifs de prescription :

Faire détailler au maximum les éléments qui président au choix en matière de prescription ou de non prescription.

Relance :

- « J'aimerais revenir sur votre choix de prescription (ou de non prescription) de Expliquez-moi ce qui vous amène à prescrire du xxx ? Sur quels éléments repose votre choix ? ».
- « Qu'est-ce qui vous fait penser que ce traitement est fiable? » ou « Comment jugez-vous de sa fiabilité ? »
- « Quelles sont les sources d'information qui vous amènent à prescrire ou ne pas prescrire xxx », ou « d'où tirez-vous cette information ? ».

Si la personne a du mal à répondre suggérer des réponses :

- Littérature scientifique
- Formations suivies
- Des cas liés à son expérience en cabinet
- Expérience des collègues médecins avec qui elle échange

- Expérience dans le cadre de ses activités annexes
- Expérience en tant que parent ?

5) Place de l'expérience personnelle :

- « Avez-vous modifié au cours du temps votre manière de prendre en charge la bronchiolite? ».

Laisser la personne chercher dans ses souvenirs... puis relances possibles :

- « Y a-t-il des événements qui vous ont conduit à modifier vos prescriptions au cours du temps ? »
- « Aussi loin que vous vous en souveniez, vous avez toujours prescrit du xxx » ?
- « Pourriez-vous m'expliquer pour quelle raison au départ vous prescriviez X et maintenant du Y ? »

6) Le rôle de l'intuition

Si non évoqué spontanément par le médecin :

- « Est-ce que vous faites appel à ce que certains médecins appellent l'intuition, dans votre pratique? »

7) Rapport aux recommandations:

- « Comment percevez-vous les recommandations de la HAS dans votre pratique quotidienne ? De manière générale? Et dans la bronchiolite? Qu'en pensez-vous ? »

Si non abordé directement par le médecin durant l'entretien :

- « Connaissez-vous les recommandations de la HAS concernant la bronchiolite ? ».

8) Questions finales :

- « Pourriez-vous me raconter un cas récent de bronchiolite dont vous vous rappelleriez ? »
- « Avez-vous quelque chose à rajouter ? »

8.3. Déclaration de conformité CNIL

CNIL.
3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration
2214085 v 0
du 21 juin 2019

Madame SAAB Jade
UNIVERSITE PARIS 5 RENE DESCARTES
24 RUE DU FAUBOURG SAINT JACQUES
BUREAU 2012 - 2IÈME ÉTAGE
75014 PARIS

A LIRE IMPÉRATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE PARIS 5 RENE DESCARTES	N° SIREN ou SIRET : 197517212 00019
Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE	Code NAF ou APE : 8542Z
Adresse : 24 RUE DU FAUBOURG SAINT JACQUES BUREAU 2012 - 2IÈME ÉTAGE	Tél. : 01.44.41.23.63
Code postal : 75014	Fax. :
Ville : PARIS	

Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Fait à Paris, le 21 juin 2019

9. Résumé :

Hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite en médecine générale: Rôle des biais cognitifs .

CONTEXTE : La prise en charge de la bronchiolite en médecine générale est hétérogène et comporte fréquemment des prescriptions médicamenteuses. Pourtant, des recommandations de la HAS, datant de 2000 et réévaluées en 2012, soulignent l'intérêt d'un traitement uniquement symptomatique. Par ailleurs, le domaine de la psychologie cognitive reconnaît depuis plusieurs décennies les biais et les heuristiques comme étant des facteurs déterminants dans la prise de décision. Des études récentes ont également souligné l'influence de biais cognitifs dans la prise de décision médicale.

OBJECTIF : Notre étude vise à étudier le rôle des biais cognitifs dans l'hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite.

METHODE : Des entretiens individuels et semi-directifs sont réalisés auprès de médecins généralistes installés en Essonne, dans le cadre d'une étude qualitative selon la méthode de la théorisation ancrée, menée jusqu'à saturation des données.

RESULTATS : 21 biais cognitifs sont identifiés au total, et apparaissent chez neuf des treize médecins interviewés. Ces biais sont responsables de prescriptions médicamenteuses inappropriées, ainsi que de retard au recours hospitalier en cas de bronchiolite sévère. Le manque de connaissance et de formation continue, ainsi que l'ancienneté dans la pratique, constituent des facteurs favorisant l'apparition de biais cognitifs. Quatre praticiens ne présentaient pas de biais cognitifs et possédaient les facteurs communs suivants : âge plutôt jeune, sexe féminin, connaissance sur le sujet de la bronchiolite et pratique régulière de formations continues. Les médecins exprimant les émotions contrefactuelles, que sont le regret, le doute, et la curiosité, semblent être moins sujets aux biais cognitifs.

CONCLUSION : Les biais cognitifs ont une influence sur l'hétérogénéité de la prise en charge de la bronchiolite, observée sur un échantillon de treize médecins de l'Essonne. Des méthodes de sensibilisation aux biais cognitifs, ainsi que des stratégies de « debiasing » pourraient être mises en œuvre pour optimiser les prises de décision des médecins dans cette pathologie. Il serait intéressant de pouvoir étudier ces phénomènes dans d'autres champs de prises en charge de la médecine générale.

MOTS-CLES :

Médecine générale, étude qualitative, bronchiolite, biais, heuristique, prise de décision clinique, psychologie, cognition.

DISCIPLINE :

Doctorat en Médecine Générale

ADRESSE :

Université Paris Descartes, Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine, 75270 Paris cedex 06