

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-250

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Lise LOMBARD
née le 04/08/1989 aux Lilas (93)

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2019

**PERCEPTION DES DÉTERMINANTS DE LA DÉCISION MÉDICALE PAR
DES MÉDECINS DE PREMIER ET DE DEUXIÈME RECOURS**

Président et directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Merci

A mon directeur de thèse et maître de stage, Rémy Senand : merci pour tes bonnes idées et ton accompagnement pour ce travail de thèse ; merci aussi pour tes enseignements et la richesse de nos débriefs quand j'étais ton interne,

Aux membres du jury, merci de votre présence et de l'attention que vous avez portée à mon travail,
En particulier, merci à Edith et Maud : ce fut un plaisir de travailler avec vous,
A mes relectrices, Karla, Camille, Charlotte et maman, et à mon relecteur, Papa, merci

Merci

A ceux qui sont là depuis toujours ou presque, mes frangins, Pierre et Nathan

A celle qui est là toujours pour moi, Charlotte

A Billie, ma nièce, pour ta magnifique présence depuis quatorze semaines et deux jours

A Papa et Maman, merci, en particulier, pour tous les romans et toute la confiance en moi,

Merci à vous tou.te.s, sans qui je ne serais jamais allée au bout de médecine :

Merci – je n'ai pas d'autres mots – Alex, Claire, Constance, Ish, Mica, Camille

Et merci à vous qui m'avez accompagnée pendant l'internat : Marion, Gaby et Audrey, la bande des luçonnais

Merci

A tous les médecins à qui j'ai eu envie de ressembler, et à tous ceux et celles qui m'ont transmis un peu de leur savoir et de leur savoir-être

A toutes les infirmières qui m'ont formée

A toute l'équipe de la PASS

Merci

A toutes celles qui ont fait Alésia, ma coloc, cette maison aux amitiés très fortes et aux discussions sans fin, cet espace de liberté et de tolérance, ce havre de cappuccinos et de nourritures improbables, ce lieu qui vit encore dans nos cœurs plusieurs années plus tard

Merci

A toutes celles et ceux qui m'ont nourrie pendant ces 13 années et merci pour tous les cafés du matin

Et en particulier, merci maman merci papa

Merci Nanou et Marie-Liesse, pour votre présence et votre écoute

Merci à toutes celles et ceux qui sont venu.e.s partager ma terrasse de café et à tou.te.s les serveur.se.s qui m'ont laissée y travailler

Merci à Jacques Hetz pour son enseignement du yoga

Merci mille fois à la famille Birouste, et en particulier à Anne, pour votre accueil chaleureux et votre grande générosité, qui m'ont permis de m'élancer (presque) sans peur à l'assaut de Sydney puis de l'Australie

Thank you, Kerry and Kathy, for all that was freely given, for your wisdom and for dreams come true

Enfin, à Mina et à Whiskey, merci.

Table des matières

I. Introduction.....	5
II. Matériels et Méthode.....	9
III. Résultats.....	11
1.Recrutement.....	11
2.Travail individuel.....	12
3.Mise en commun du travail individuel	12
4.Classement des déterminants cités par les médecins.....	22
5. Résultats issus de la discussion collective.....	25
6.Classement des concepts évoqués par les médecins.....	41
IV. Discussion.....	44
V. Conclusion.....	56
VI. Bibliographie.....	57
VI. Annexes.....	60
1.Guide d'entretien.....	60
2.Transcription du focus-groupe des médecins généralistes.....	61
3.Transcription du focus-groupe des médecins spécialistes.....	79

I. Introduction

La décision médicale détermine les actions à entreprendre concernant la santé d'une personne à un moment donné afin d'avoir la meilleure probabilité d'obtenir le résultat souhaité (1). L'action entreprise à l'issue d'une décision peut être de prescrire un traitement ou un examen, de délivrer une information, de référer la personne à d'autres professionnels, de s'abstenir de prescrire, etc. Décider implique une délibération, puis un choix. Cela donne le pouvoir de choisir, et la responsabilité des conséquences de ce choix (2). La décision médicale est une étape du raisonnement clinique : elle est précédée par le recueil des informations nécessaires et par leur confrontation aux connaissances du praticien (3). Décider est un acte banal, quotidien, fréquent. Les enjeux de la décision, c'est-à-dire les conséquences prévisibles de chaque option, sont connus des médecins, et parfois des patients : ils sont étudiés, selon les connaissances et l'expérience dont le praticien dispose, lors de la délibération qui précède la décision. Ils sont souvent explicites (4).

Les déterminants de la décision médicale constituent l'ensemble des éléments ayant influé sur la décision médicale. Ils sont nombreux, explicites ou implicites, dépendants du médecin, du patient, du contexte... (5). L'étude de ces déterminants permet d'éclairer les mécanismes qui sous-tendent ces décisions (les heuristiques et les biais de la décision, l'influence de données sociologiques, l'accessibilité des soins, les enjeux économiques, le cadre administratif, etc.) et donc de mieux comprendre comment influencer sur ces décisions, et par elles sur la santé des populations concernées.

Les déterminants de la décision médicale ont ainsi été étudiés dans de nombreuses disciplines, et sont fréquemment évoqués dans la littérature médicale. La figure 1 reprend, à partir d'une revue de la littérature, les déterminants des décisions médicales prises en France dans un contexte de soins ambulatoires.

Figure 1: Déterminants de la décision médicale en France, d'après la littérature :

- Déterminants de la décision médicale dépendants du contexte (5,6) :
- état de santé du patient (comorbidités, clinique, pronostic) (7)
- objectifs visés (par le patient, le médecin, le système de soin...)
- balance bénéfique/risque (8)
- qualité de la relation médecin-patient (9)
- contraintes pratiques, technologiques, économiques et selon la structure de soin
- temps du système de soin et le temps d'évolution de la maladie
- prévalence de la maladie dans le territoire ou la population concernée (4)

- selon les sociétés et les modes
- contexte administratif français
- respect de la loi française (2)

➤ Déterminants de la décision médicale dépendants du médecin (1,9) :

- impression globale de la situation clinique, le « *gestalt* » (10,11)
- représentation ou connaissance des souhaits du patient par le médecin (10,12)
- compétences et capacité du médecin à s'adapter au patient, à la situation (10,12)
- gestion de l'incertitude (11)
- état physique et psychologique du médecin
- fiabilité des connaissances du médecin
- biais et heuristiques de la décision (4)
- stratégies cognitives utilisées (6)
- parcours professionnel et dépendances du médecin, façon d'exercer la médecine (13,14)
- expérience personnelle, représentations et préjugés du médecin (4,13)
- principes éthiques du médecin (15)
- évaluation *a posteriori* des décisions en groupe de pairs (16,17)

➤ Déterminants de la décision médicale dépendants des données scientifiques et des recommandations de pratique clinique (RPC) (10):

- qualités et niveaux de preuve des données scientifiques et des RPC (18,19)
- impact des données scientifiques et des RPC (20)
- existence de données scientifiques (19,21)
- organisation de la recherche (22)

➤ Déterminants de la décision médicale dépendants du patient (5,18) :

- informations dont il dispose
- compétences et capacités de compréhension du patient
- expérience personnelle du patient
- jugement et valeurs du patient
- influence des données sociologiques du patient sur lui-même
- temps du patient
- influence et aide de ses proches
- existence de directives anticipées

➤ Déterminants de la décision médicale dépendant du modèle de la décision (12,23):

- possibilité d'un colloque singulier entre médecin et patient
- possibilité de partager une information éclairée avec le patient (4)
- communication implicite et explicite (24)
- possibilité d'un consentement libre et éclairé

Ainsi, la décision médicale est prise à une époque donnée, dans un contexte ethnoculturel donné, et concerne au minimum un soignant et un patient, eux-mêmes influencés par le contexte socio-culturel dans lequel ils évoluent (25). Il existe plusieurs modèles de décision médicale, parmi lesquels le modèle paternaliste et le modèle de décision médicale partagée (23). La médecine fondée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine, EBM*) est un autre modèle, défini par l'intégration explicite dans la décision médicale des données scientifiques les plus récentes, adaptées au patient et au contexte (10). Selon les situations, les déterminants de la décision médicale ne seront pas les mêmes : des contraintes liées au contexte, notamment dans les situations d'urgence, peuvent définir une conduite à tenir, le patient impose parfois ses choix, le médecin ne parvient pas toujours à appliquer la prise en charge recommandée (5).

Les déterminants pris en compte lors des décisions médicales dépendent aussi de la façon dont le médecin exerce la médecine. Deux modèles s'opposent : une approche bio-médicale, qui réduit chaque maladie à des anomalies bio-cellulaires répondant à une prise en charge standardisée, et une approche bio-psycho-sociale, qui prône une prise en charge du patient dans sa globalité, et qui tient compte de l'impact de la pathologie sur tous les aspects de la vie du patient : physique, psychique, sociale, familiale, professionnelle, etc. (26). Cette approche holistique du patient et de sa maladie implique l'analyse de situations complexes, où de multiples facteurs étiologiques sont retrouvés, non seulement bio-médicaux mais également psychologiques, sociaux, économiques, éthiques, ethno-anthropologiques, environnementaux, systémiques, etc., facteurs étiologiques évoluant en fonction du temps et des interventions (médicales et non médicales). Ces situations complexes sont caractérisées par l'absence de consensus d'experts quant à leurs résolutions : des médecins différents (voire le même médecin à des moments différents) aboutissent à des prises en charge différentes, justifiées par une pondération différente des déterminants de la décision médicale (25). Une étude *a posteriori* de ces déterminants permet aussi de comprendre ce qui a amené la décision, et donc de modifier, si besoin, de futures prises en charge (16).

Comprendre les déterminants de la décision médicale permet de la critiquer, d'envisager (ou non) des alternatives, à l'échelle individuelle ou collective. Divers acteurs influencent ou cherchent à influencer sur les décisions médicales, comme on peut le voir dans la figure 1 : sociétés savantes et experts, Sécurité sociale et Haute Autorité de Santé (HAS), législateur, laboratoires pharmaceutiques et facultés de médecine, etc. L'impact de ces interventions est variable (20,27,28). Identifier les déterminants de la décision médicale en étant en mesure de les replacer dans des concepts théoriques de prise en charge globale du patient permet d'éviter des biais dans la décision, de choisir ses influences et d'évaluer la décision dans son contexte (11).

Les médecins qui exercent en France en ambulatoire perçoivent-ils les déterminants de la décision médicale ? Ont-ils conscience de l'importance de percevoir ces déterminants ?

Les hypothèses sont les suivantes : les médecins ont une perception incomplète des déterminants de la décision médicale, basée sur leur expérience plutôt que sur des concepts ou des connaissances, notamment pour ce qui est des principes éthiques et des biais et heuristiques de la décision. Les médecins spécialistes en médecine générale (appelés généralistes par la suite) mettront davantage en avant la gestion de l'incertitude, la place du patient dans la prise de la décision ainsi que les difficultés à appliquer les recommandations de pratique clinique. Les spécialistes d'organes et d'appareils (appelés spécialistes par la suite) mettront en avant ces recommandations et les données de la science.

L'objectif de ce travail est, en interrogeant des médecins spécialistes en médecine générale et des médecins spécialistes d'organes exerçant en ambulatoire dans la métropole nantaise, d'identifier leur perception des déterminants de la décision médicale, tels qu'ils sont décrits dans la littérature. L'objectif secondaire est de comparer la perception de ces déterminants par les médecins généralistes, à celle des spécialistes.

II. Matériels et Méthode

Analyse qualitative de deux focus-groupes basés sur une méthode type MétaPlan®, chacun constitué d'une dizaine de médecins de la métropole nantaise :

- un premier groupe constitué de médecins spécialistes en médecine générale installés en ville, en soins primaires

- un deuxième groupe constitué de médecins spécialistes d'organes ou d'appareils ayant pour activité principale des consultations en ambulatoire

- exclusion des médecins urgentistes, pédiatres, gériatres, psychiatres et internistes ; des médecins consultant peu comme les radiologues ; des médecins ayant une activité principale en ostéopathie, homéopathie, hypnose ou acupuncture ainsi que des médecins ayant une activité universitaire ou de maîtrise de stage.

Les médecins des deux groupes ont été recrutés par téléphone, via l'annuaire de la Sécurité sociale disponible sur internet (<http://annuaire.sante.ameli.fr>), sur Nantes (44) et ses communes limitrophes (Carquefou, Sainte-Luce-sur-Loire, Saint-Sébastien-sur-Loire, Rezé, Orvault, Saint-Herblain et La Chapelle-sur-Erdre). Ils ont été invités à une réunion sur leur pratique professionnelle directement par téléphone, par messages auprès de leur secrétariat, par courriel ou par fax. Le thème de la réunion n'était pas précisé.

Un guide de questionnement a été établi (cf. annexe 1). Les focus-groupes ont été dirigés par RS et observés par LL, selon la méthode décrite ci-après. Dans un premier temps, les participants ont réalisé un travail individuel et écrit, listant les déterminants de la décision médicale, selon eux, afin de favoriser un énoncé immédiat et hiérarchisé. Puis, à tour de rôle, chaque médecin a présenté une idée, écrite sur un carton, et l'a organisée au tableau, selon une méthode de type MétaPlan® afin de constituer un travail collectif. Ce travail a ensuite été complété et commenté, à la suite de questions ouvertes de l'animateur, selon la méthode habituelle du focus-groupe (29). Ces travaux ont été recueillis : les cartons de chacun, la photographie du travail collectif affiché au tableau et l'enregistrement audio des interventions de chacun. Les verbatims ont été analysés séparément par l'animateur et l'observatrice.

L'ensemble de ces résultats a été comparé entre médecins et entre les deux groupes, ainsi qu'aux données de la littérature par l'animateur et l'observatrice.

Bien que ce travail implique des personnes humaines telles que formulé dans la loi Jardé ¹ fixant les procédures d'encadrement éthique des travaux de recherche, son approche par entretiens de groupe mobilise exclusivement les méthodes des sciences humaines et sociales et ne requiert pas l'avis préalable du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni celui de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

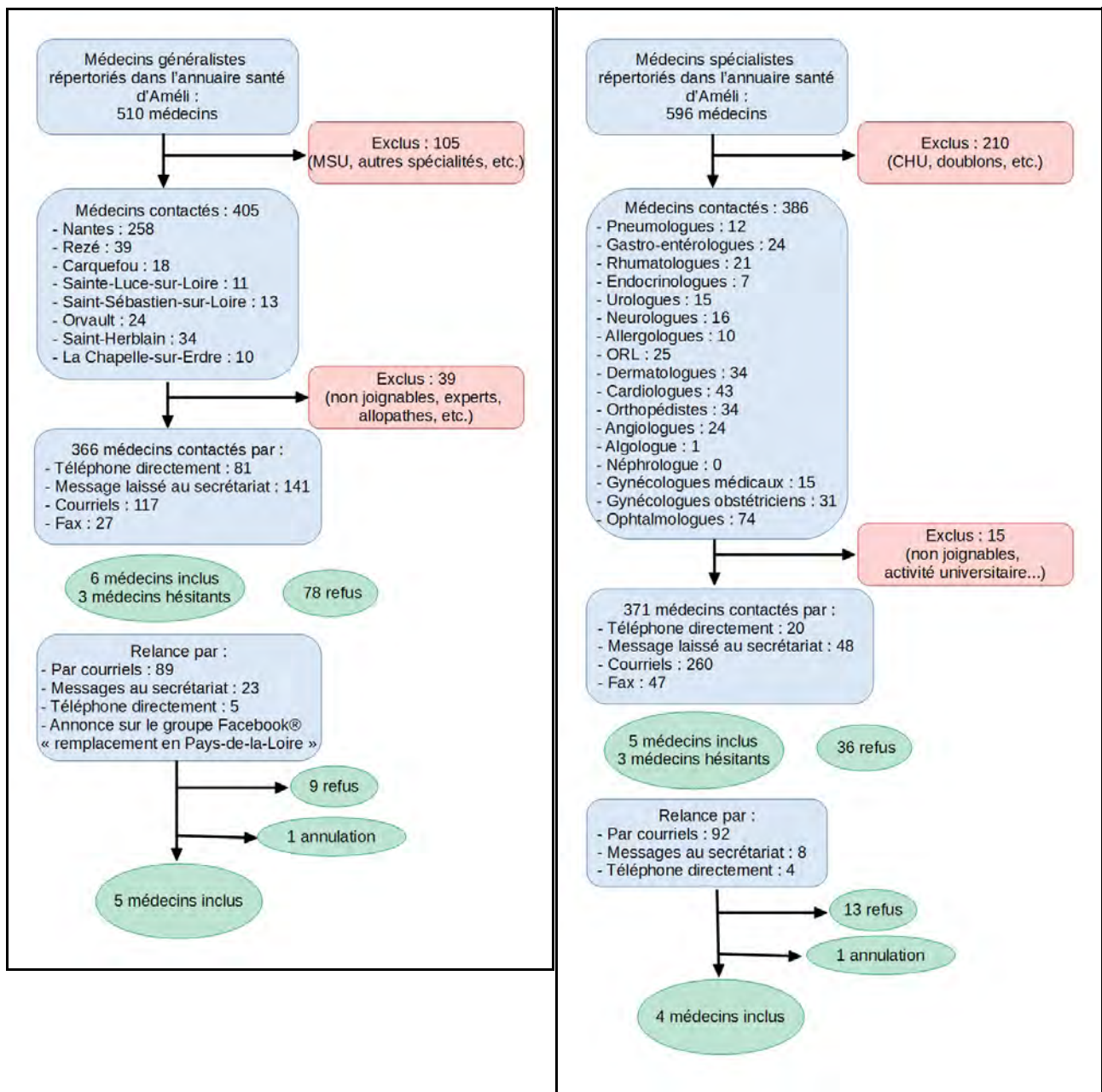
¹ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

III. Résultats

1. Recrutement

Les cabinets des 405 médecins généralistes, et de 386 médecins spécialistes éligibles pour notre étude (figures 2 et 3) ont été joints par téléphone pour les inviter à participer à une réunion sur leurs pratiques professionnelles avec d'autres médecins, selon les modalités décrites ci-dessus.

Figure 2: Recrutement des médecins généralistes - Figure 3: Recrutement des médecins spécialistes



Deux dates ont été proposées, en soirée, pour chaque groupe. Devant le faible nombre de réponses, des relances par téléphone et par courriels ont été adressées, et, concernant le groupe de médecins généralistes, un message a été posté sur le groupe Facebook® "remplacement en Pays de la Loire", habituellement utilisé pour diffuser des annonces de remplacements. Sur les 366 médecins généralistes contactés, 87 médecins ont refusé l'invitation (sans donner de raison, par manque de temps, ou parce qu'ils étaient indisponibles aux dates proposées), un médecin a annulé et cinq médecins se sont déplacés. Sur les 371 médecins spécialistes contactés, 49 médecins ont refusé l'invitation pour les mêmes raisons, un médecin a annulé et quatre médecins se sont déplacés.

Les caractéristiques des neuf médecins recrutés sur participation volontaire sont détaillées dans les tableaux 1 et 2. Ils exercent tous en libéral.

2. Travail individuel

Le travail individuel a permis aux médecins d'identifier chacun entre 10 et 29 éléments déterminants selon eux la décision médicale (tableaux 2 et 3).

Hiérarchiser leurs idées a été difficile pour MG1 et MG4, possible pour MG5 et MS1 et aisé pour MG3. MS2 a classé les quatre premières et MS3 a « *un peu* » hiérarchisé les cinq premières idées. MG3 et MS1 ont proposé un classement qui semble chronologique, suivant le déroulement d'une consultation type. MG2 et MS2 ont mis en avant certains principes qui leur semblaient particulièrement importants : pour MG2, il s'agissait de « *primum non nocere*² ». MS4 a évoqué oralement un classement qui se rapproche des principes de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine, EBM*), sans aller au bout de son propos : « *Ben après ça dépend sous quel angle on prend le truc quoi... Tu vois sous l'angle patient, sous l'angle médecin, sous l'angle, tu vois...* ».

3. Mise en commun du travail individuel

Les différentes idées ont été mises en commun et organisées par les médecins (figures 4 et 5). Dans chaque groupe, la discussion collective a permis aux médecins d'identifier dix nouveaux déterminants de la décision médicale, présentés dans les tableaux 2 et 3 par ordre chronologique.

2 D'abord ne pas nuire

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes - SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste ; DPC : Développement Professionnel Continu

Médecins	Genre	Age	Année de thèse	Année d'installation	Lieu et mode d'installation	Particularités	Mode de formation continue
MG1	F	33	2015	2019	Cabinet de 2 généralistes, Nantes	A travaillé 3 ans au CHU sur les troubles et pathologies du sommeil	Groupe de pairs de la SFTG Formations proposées sur Nantes Congrès du sommeil
MG2	M	63	1983	1986	Exercice individuel, Nantes	Homéopathe	Formations pour le DPC Groupe d'homéopathes
MG3	M	55	1995	1997	Exercice individuel, Nantes	Salarié à mi-temps comme généraliste en entreprise	Faisait des formations DPC sur internet
MG4	M	52	2000	2008	Exercice individuel, Nantes		DPC
MG5	M	67	1982	1985	Exercice individuel, Sainte-Luce-sur-Loire	A exercé au centre de planification de Nantes et au Planning Familial	Fond d'Assurance Formation par Mgform Formations organisées par les laboratoires pharmaceutiques

Tableau 2: Caractéristiques des médecins spécialistes

Médecins	Genre	Age	Année de thèse	Spécialité	Année d'installation	Spécificités de son exercice	Lieu et mode d'installation	Particularités	Mode de formation continue
MS1	M	40	2009	Chirurgie orthopédique	2012	Chirurgien de la main	Institut au sein de la Clinique 1, Saint-Herblain	Équipe de 12 : 8 associés, 2 assistants et 4 internes	Congrès et symposiums Échanges avec les collègues Staff bimensuel avec des radiologues
MS2	M	63	1984	Rhumatologie	1987		Exercice individuel, Nantes		Réunion de service mensuelle à la faculté Réunions organisées par des laboratoires Congrès nationaux et régionaux
MS3	M	51	1997	Hépatogastro-entérologie générale	1998	Hépatologie	Clinique 2 depuis 2015 : pôle libéral de 12 gastro-entérologues, Nantes	Coordonnateur de la Gestion des Risques et Qualité de la Clinique 2	Congrès national RCP d'oncologie Topos bimensuels fait par un associé
MS4	F	51	1998	Pneumologie	2001	Actes techniques à la Clinique 1	Cabinet privé de 3 pneumologues, Orvault	Séances d'éducation thérapeutique à l'asthme au sein du réseau Maladie Chronique 44	Congrès régionaux et nationaux

Tableau 3: Travail individuel des médecins généralistes – en gras, déterminants ajoutés lors de la discussion collective (sur 2 pages)

MG1	MG2	MG3	MG4	MG5
Age du patient	<i>Primum non nocere</i>	Le degré d'urgence	Compréhension	"Je vous écoute"
Signes de gravité	Demande du patient	Présence ou non d'un secrétariat [à l'oral]	Confiance	la connaissance du patient ou non
Signes à l'examen clinique	Le patient peut-il être revu ultérieurement ou part-il ? Suivi évolutif possible ou non	Anxiété du patient	[Capacité d'écoute	Sa pathologie connue ou non
Résultats des examens paracliniques	Age du patient	Les facultés intellectuelles du patient à comprendre	[Capacité à] expliquer	Son attente
Changements par rapport à l'état habituel du patient rupture par rapport état antérieur	Interférence de l'activité. Suis-je « débordé » le jour de la consultation ?	L'aptitude du patient à comprendre, à rappeler	Nécessité d'une décision	Sa demande
Insistance des personnes accompagnantes	Français ou pas du tout [langue parlée]	Age du patient	Forme	Ses symptômes
Formation récente sur le thème	Capacité du patient de comprendre son traitement	Le jour	Contexte	Ses plaintes
Possibilité de revoir rapidement la personne si besoin	Antécédents personnels du patient, allergie ? Autre ? Antécédents familiaux	Heure		La somatisation
Fiabilité de l'entourage	Qualité relationnel avec le patient	L'adhésion au traitement		Sa vie
Fragilité du patient	<i>Feeling</i> personnel	La surveillance entourage		la connaissance du patient ou non
Attitude paraverbale du patient	Connaissances acquises sur les pathologies et leur traitement	La chronicité de la maladie 1ere fois ou pas		
Temps disponible	- Absence de diagnostic clair - Il faut préciser le diagnostic	L'expérience passée		
Aides cognitives (internet/livre)	Habitudes personnelles	Le temps d'attente des examens complémentaires		
Demande en urgence de la part du secrétariat				
Outils disponibles ou non au cabinet (ECG/recueil de prélèvements)				
Possibilité d'avoir un avis du spécialiste (tel)				
Accumulation de problèmes non médicaux dans la journée (panne tél/informatique Améli...)				

MG1	MG2	MG3	MG4	MG5
Intuition				
À domicile ou au cabinet				
Dossier médical bien/mal tenu informatisé				
Expérience du généraliste				
Erreurs médicales sur précédents patients				
Sortir ou non de vacances				
Bonne/mauvaise formation initiale dans le domaine				
Relation médecin malade possibilité de réfléchir avec le patient				
Heure de la journée				
Nombre de patients vus dans la journée				
		Anxiété du médecin		
Coût : examens complémentaires et traitement				
Reco				
Mode				
→ traitement				
→ examens complémentaires				
Évolution scientifique				
		Faculté d'origine		
Contexte épidémiologique				
Pression sécu/instance				
		Régularité du suivi		
Prise en charge en équipe/réseau				
	Lieu d'installation			

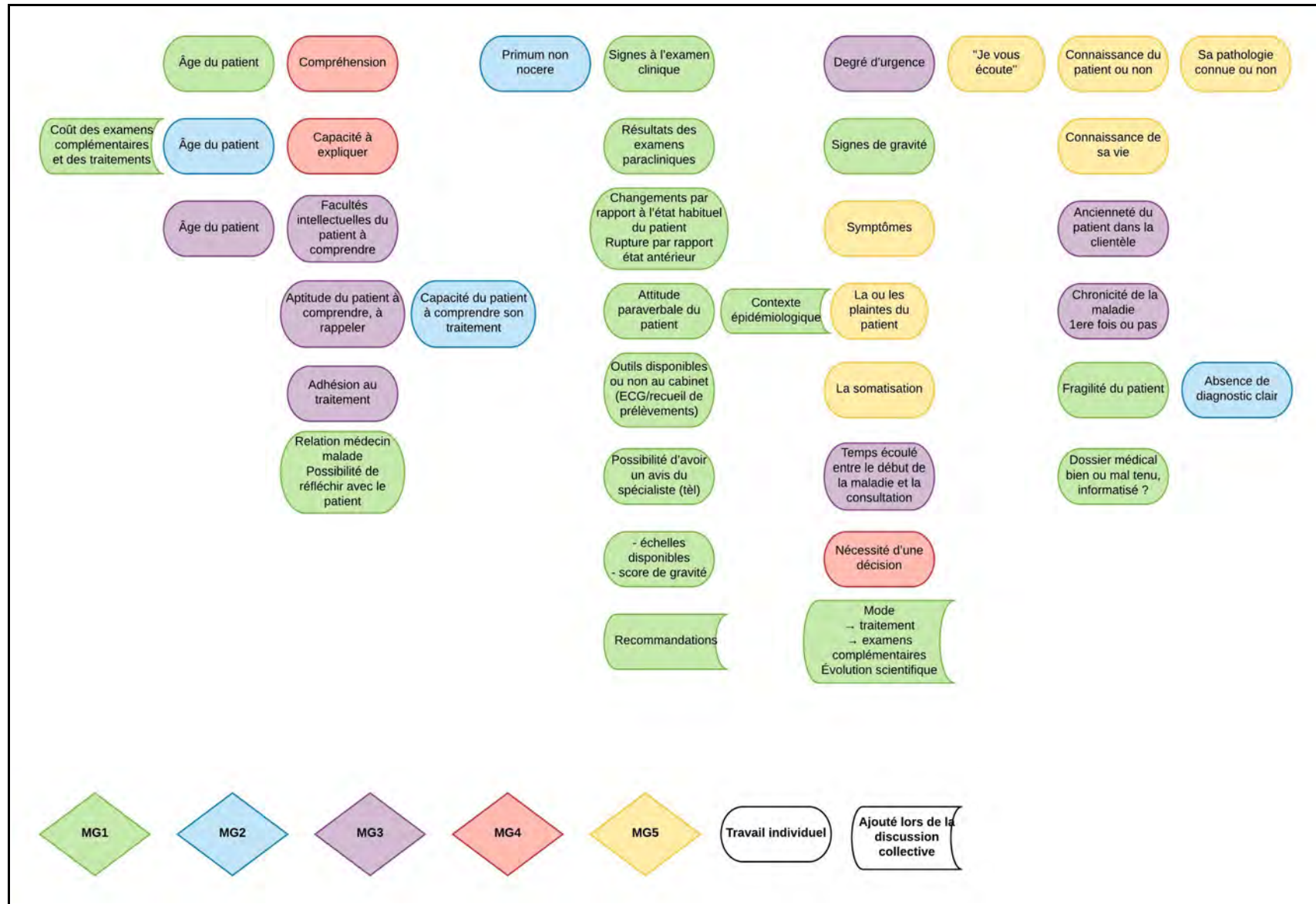
Tableau 4: Travail individuel des médecins spécialistes - en gras, déterminants ajoutés lors de la discussion collective (sur 2 pages)

MS1	MS2	MS3	MS4
Courrier correspondant	1 - Respect des pratiques	Établissement du diagnostic d'emblée	Age
Antécédents	2 - Gravité, urgence de la situation	Qualité interrogatoire (compréhension du patient)	Antécédents
Anamnèse	3 - Intérêt pour le patient	Lettre d'adressage	Médicaments
Habitus	4 - Rapport bénéfice risque	État clinique du patient Signes de gravité	Lettre du médecin traitant [<i>à l'oral</i>]
Examen clinique	Compréhension des enjeux	disponibilité des examens biologiques	Désir du patient
Examens radiographiques	Degré d'acceptation du patient	Annonce de la mauvaise nouvelle	Présence d'un tiers
Discussion [<i>avec le patient</i>]	Délais d'obtention d'examen	Discussion avec les associés	Lieu de vie
Psychologue	Risque de rater un diagnostic, un traitement (+/-parapluie) => transfert	Temps disponible pour la consultation ou l'entretien en hospitalisation	Discussion Questions du patient sur son diagnostic, les traitements
	Recherche de bénéfice secondaire	Horaire de consultation	Humeur du patient Angoisse ??
Urgence	Décision immédiate - évident - sans risque important - adhésion patient	Accessibilité aux examens complémentaires	Temps = ma disponibilité Retard ou délai RDV
Signes de gravité	Transfert - patient dubitatif - incompétence - doute ++		Mon humeur
Disponibilité [<i>des équipes soignantes</i>]			Examen clinique
			Examens complémentaires
Recours			Discussion avec médecin traitant

MS1	MS2	MS3	MS4
			Avis entourage du patient
Staff			Bonne observance et/ou bonne utilisation du traitement
Agressivité			Possibilités thérapeutiques
Famille			Oubli des documents
Sportif pro[<i>fessionnel</i>]			Délai Temps / diagnostic Examens complémentaires traitements
		Protocolisation, circuit de soins [à l'oral]	
			Secrétaire efficace
Contexte de travail			
Religion			
			Croyance
			Langue
			Relation avec le patient
			Réévaluation du dossier
EMG – neurologue avis spécialisé			
Pression administrative			

EMG : Électromyogramme

Figure 4: Travail collectif des médecins généralistes (sur 2 pages)



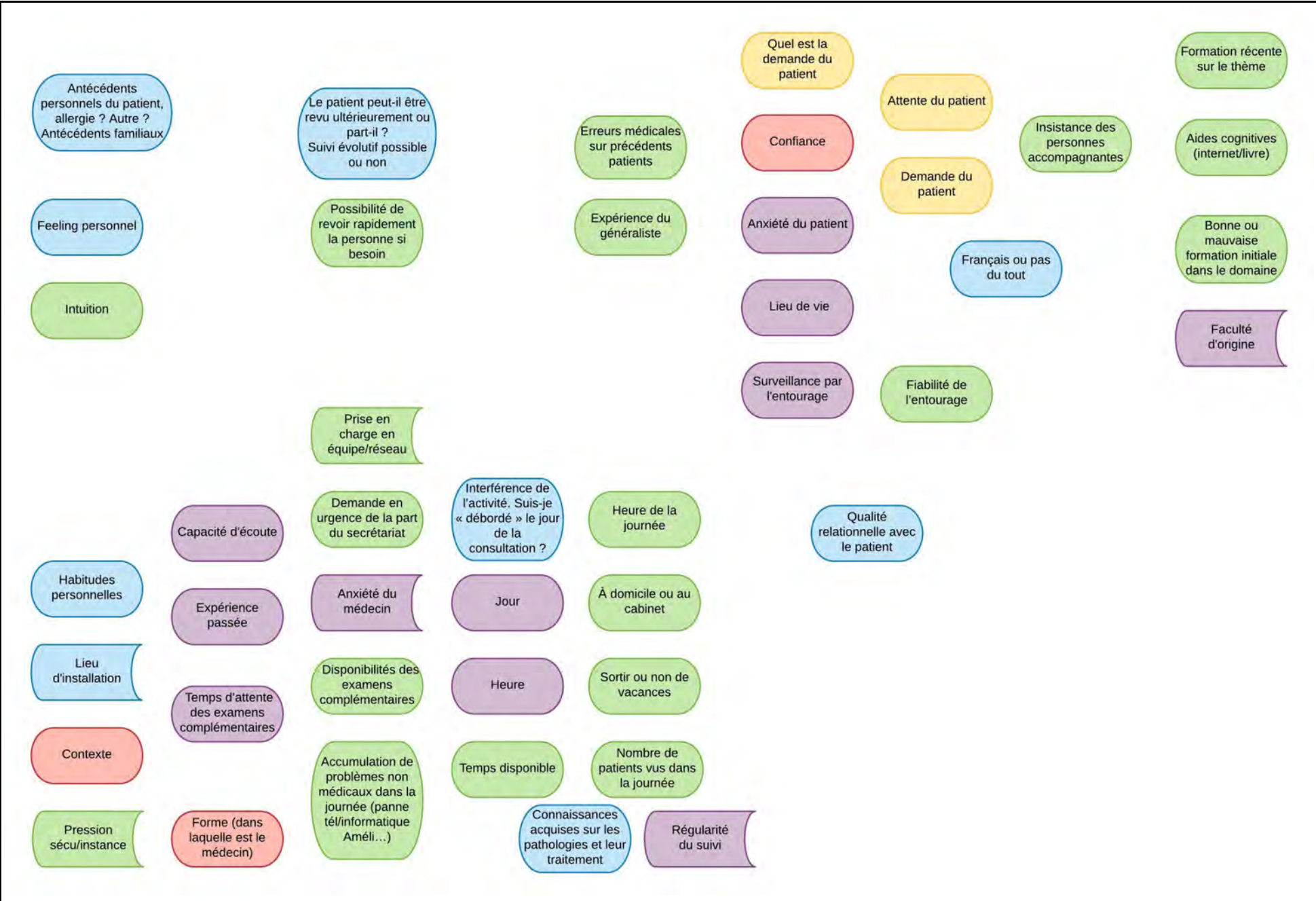
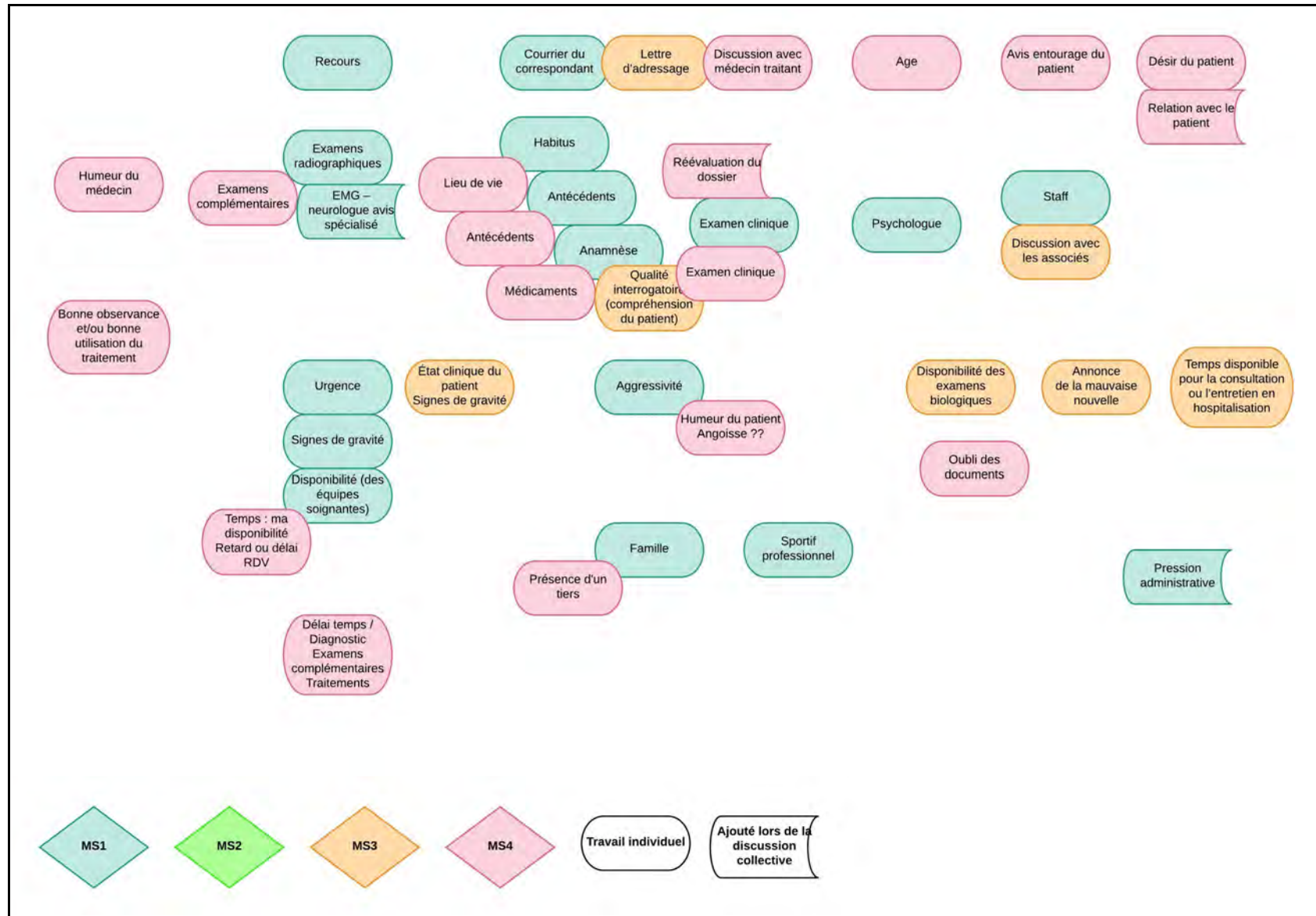
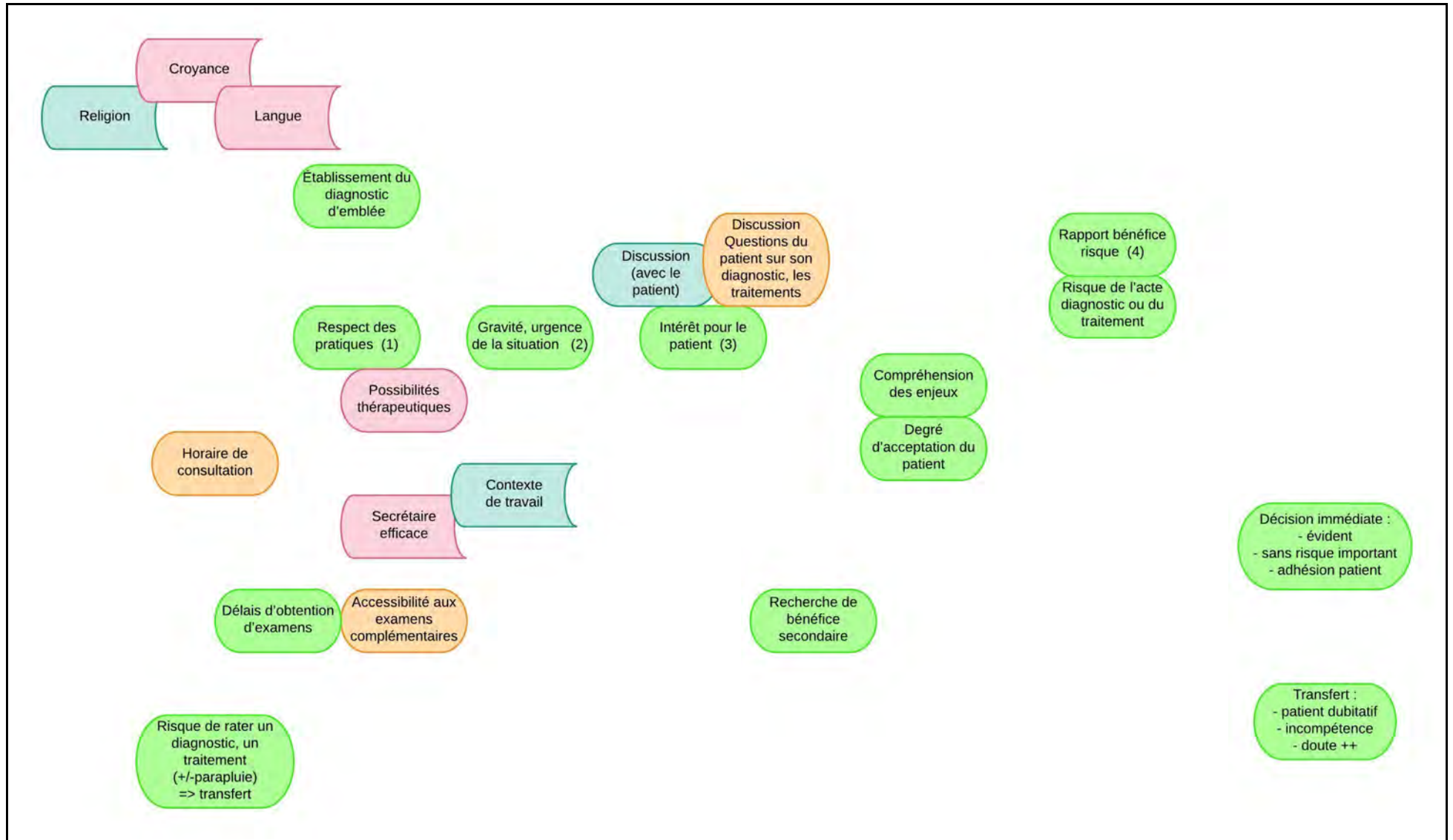


Figure 5: Travail collectif des médecins spécialistes (sur 2 pages)





4. Classement des déterminants cités par les médecins

L'organisation des déterminants de la décision médicale par les médecins, telle qu'elle apparaît dans les figures 4 et 5, n'a pas permis de dégager un classement pertinent. Des idées similaires n'ont pas toujours été rapprochées : « *Possibilité d'avoir un spécialiste (tél.³)* » et « *disponibilité des examens complémentaires* » (MG4) étaient dans deux parties différentes du tableau ; tout comme « *disponibilité des équipes soignantes* » (MS1) et « *temps disponible pour la consultation ou l'entretien en hospitalisation* » (MS3). Il n'apparaissait pas d'organisation globale des déterminants de la décision médicale. La médecine basée sur les données probantes (*Evidence-Based Medicine, EBM*) propose d'organiser la décision médicale en trois étapes : étude de l'état clinique du patient et du contexte dans lequel se trouve le médecin ; puis étude de la science pour envisager les prises en charge possibles, et enfin adaptation aux préférences du patient (5). Un schéma représentant trois cercles (représentant chacun une de ces étapes) se superposant en leur centre permet de visualiser le processus décisionnel promu par l'EBM. Les figures 6 et 7 proposent un classement des déterminants cités par les médecins selon ce schéma.

3 Téléphone

Figure 6: Déterminants cités par les médecins généralistes classés selon l'EBM

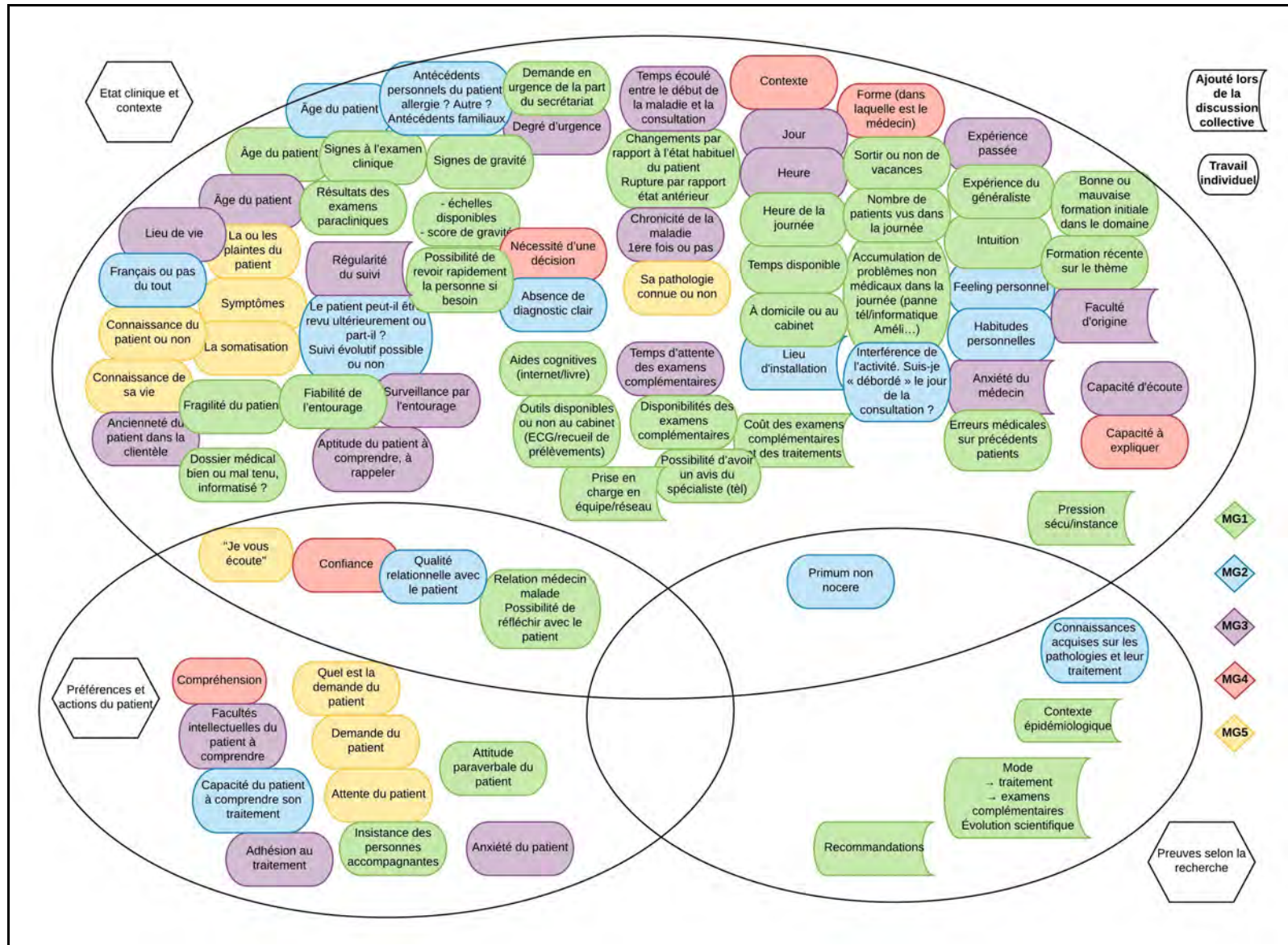
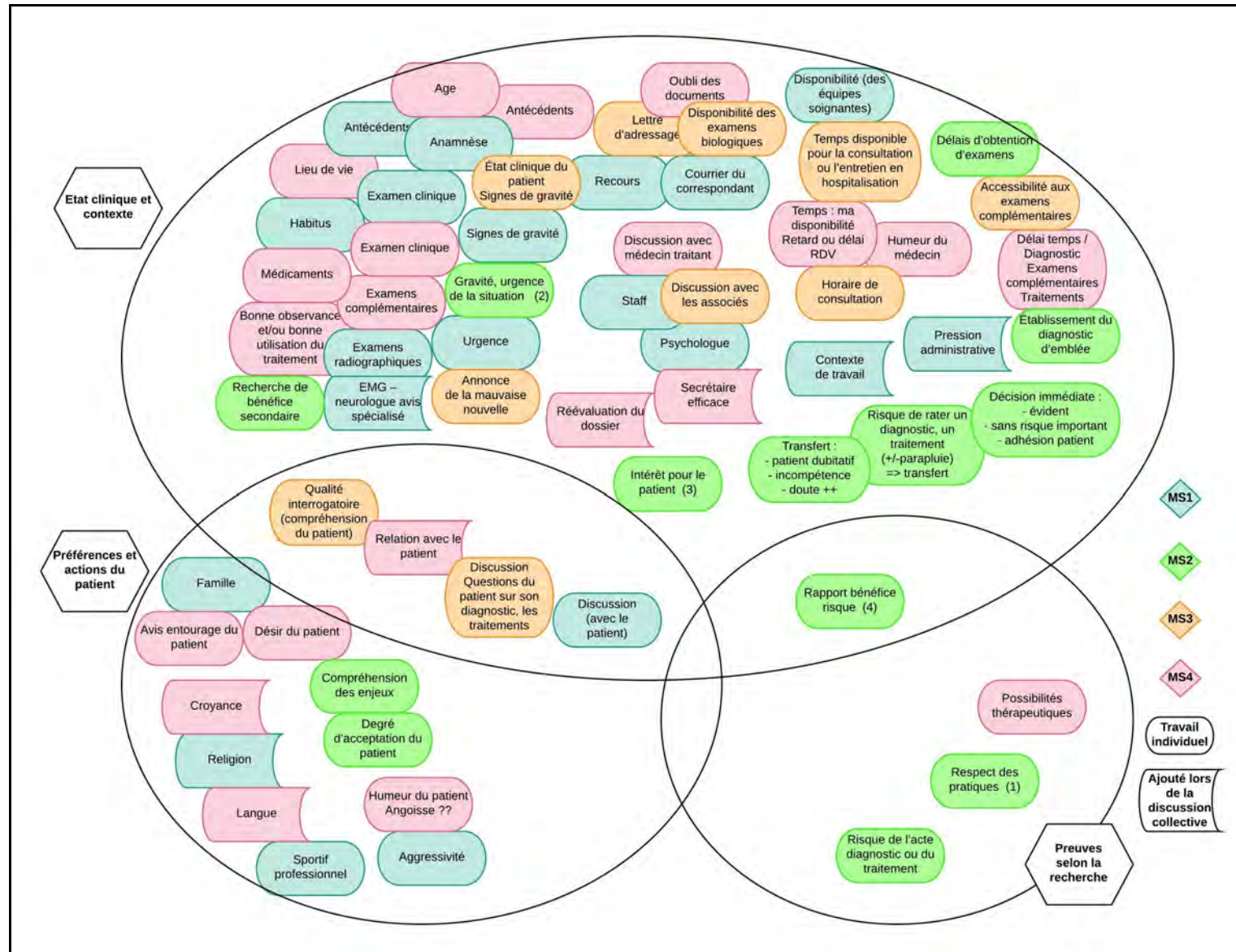


Figure 7: Déterminants cités par les médecins spécialistes classés selon l'EBM



5. Résultats issus de la discussion collective

Dans chaque groupe, les médecins ont pu discuter et commenter leur travail, après avoir mis en commun leurs idées (verbatim en annexes 2 et 3). Ils ont exprimé, à plusieurs reprises et dans les deux groupes, leur accord avec les remarques de leurs confrères et consœurs, tant globalement qu'à propos d'idées particulières : « *On vit tous la même chose.... à peu près* » (MG3) ; « *Je l'ai même pas noté alors que c'est mon quotidien... Bénéfice-risk. T'as raison, c'est terrible hein. Ben c'est comme toi, c'est évident quoi ! (MS1) C'est tellement évident ouais... (MS4)* ».

Dans les deux groupes, les médecins ont eu des difficultés pour conceptualiser leur propos. Certains médecins ont raisonné selon leur expérience : « *Moi j'ai refait ma journée aussi ! Alors y a machin, qu'est-ce-que je lui ai dit, machin qu'est-ce que je lui ai fait, machin que je connaissais pas...* » (MS4), d'autres en racontant des histoires cliniques : « *Moi j'ai une histoire de chasse qui me revient comme ça, qui m'a fait un peu évoluer, qui peut peut-être vous surprendre* » (MS1). MG5 en particulier a eu des difficultés pour comprendre ce qu'on lui demandait : « *Je trouve que ça va ensemble en fait... La première fois qu'on voit un patient, si on le connaît pas, c'est plus compliqué et ça dépend s'il a une pathologie ou pas quoi en fait [...] Ben si on le connaît, si il vient pour un... si on le connaît bien, si on connaît sa pathologie... Si on connaît un patient depuis longtemps, qu'on lui annoncé quelque chose de pas très sympathique pour lui ou pas quoi. En fait c'est, c'est compliqué tout ça.* » (MG5).

Certains déterminants de la décision médicale étaient évoqués par plusieurs médecins sous différents termes, rendant nécessaire de clarifier leur propos. Un même concept a pu être abordé plusieurs fois par le même médecin. Parfois, les médecins ont eu des difficultés pour s'exprimer : « *Y a un truc que je voulais dire, mais c'est... c'est pas facile à exprimer, c'est les... les choses qui font aussi qu'on est assez normés dans nos décisions et dans nos conduites à tenir, c'est tous les systèmes de process, d'organisation, qui sont déjà assez normés dans notre façon de fonctionner* » (MS3). Cette absence de terminologie commune reflétait l'absence de conceptualisation : l'analyse de leur propos a permis de conceptualiser et de classer les déterminants de la décision médicale cités (tableaux 5 et 6).

Tableau 5: Analyse de la discussion collective des médecins généralistes (sur 3 pages)

Décision partagée	
Sur un modèle collectiviste	« Le coût, des examens complémentaires, des traitements, même si nous, on n'est pas tout à fait directement confrontés, [...] ça peut agir je pense... » (MG1)
Décision basée sur des données scientifiques et des recommandations de pratique clinique (RPC)	
Selon l'état de la science	« Est-ce qu'il y a des échelles disponibles, des scores de gravité qui nous permettent de faire notre... euh... diagnostic » (MG1)
Selon la balance bénéfice-risque	« Je pense qu'il faut prescrire un examen par forcément le moins cher, mais le plus adapté » (MG2)
Selon les RPC	« En fait, je pense que c'est implicite, mais ouais, je vais l'écrire... Recos. » (MG1) <i>MG2 ne semble pas d'accord</i>
Critique de la science	« Puis on peut se demander si les recos sont, sont, sont... si c'est vraiment vrai quoi ! » (MG5) « On va avoir des études à un certain moment, puis après, en fait on va prouver par d'autres études que c'était complètement faux ce qu'ils faisaient, ben du coup, ben on revient sur... des conduite-à-tenir qu'on avait dites avant, voire des traitements qui sont complètement à l'opposé quoi... » (MG1)
Selon l'organisation de la recherche	« Le Gardasil 9®, ça coûte 130 euros... [...] donc on parle maintenant de vacciner aussi les adolescents garçons... on se demande, est-ce que le laboratoire a un lobby pour se faire du fric, si c'est vraiment utile pour la santé... » (MG5)
Décision par le patient	
Selon ses souhaits	« Quelle est la demande du patient, ce qu'il veut exactement » (MG2)
Selon ses capacités de communication	« Si le patient parle français ou pas du tout » (MG2)
Selon ses capacités de compréhension	« La compréhension du patient et la compréhension de la part du patient » (MG4) « Les facultés intellectuelles du patient à comprendre » (MG3)
Assisté par ses proches	« L'insistance des personnes qui accompagnent » (MG1)
Selon son observance	« Les problèmes d'adhésion du patient au traitement, c'est pas la même décision à la fin qu'au début » (MG3)

Décision contextuelle	
Selon l'état clinique du patient	« Antécédents personnels du patient, allergies, autres, antécédents familiaux... tous les antécédents » (MG2) « Les signes d'examen clinique [...] Les résultats des examens paracliniques [...] Les changements par rapport à l'état habituel du patient » (MG1)
Selon le pronostic	« Le degré d'urgence à l'appel » (MG3)
Selon la relation médecin-patient	« L'ancienneté du patient dans la clientèle » (MG3) « Quelle est la relation médecin-malade et la possibilité de réfléchir, d'interagir avec le patient » (MG1)
En fonction de contraintes pratiques	« Savoir si il s'en va, si il va loin, s'il va voyager, ou si il change de ville, je pourrais pas suivre l'évolution de sa pathologie... la décision peut en tenir compte » (MG2) « Interférence de l'activité, si je suis débordé ou pas, la décision peut être différente » (MG2) « L'heure, parce que quand il téléphone à 7h et demi je suis bien plus disponible que quand il téléphone à 8h le soir, où il commence à me gaver » (MG3)
En fonction du temps de la maladie	« Le temps écoulé entre le moment où il nous appelle et le début de sa maladie... » (MG3)
Selon l'organisation de la structure de soins	« Notre action va être différente suivant qu'on ait un secrétariat ou pas de secrétariat » (MG3) « L'accès à des aides cognitives, sur internet ou des livres au cabinet, ou des choses comme ça qui permettent de prendre la décision » (MG1)
Selon l'organisation du système de soins	« Le temps d'attente des examens complémentaires [...] Une case HAS, là » (MG3) « La possibilité d'avoir un avis de spécialiste par téléphone ou autre.. » (MG1)
En fonction de contraintes administratives	« Maintenant, on est toujours là, qu'est-ce que va dire la CPAM, j'ai fait encore un arrêt de travail » (MG5) « Y'a quatre, cinq ans on avait du fric parce qu'on faisait quatre hémoglobines glycosylées par an, maintenant il faut en faire que deux... » (MG5)
Selon la prévalence des maladies	« Parce que souvent, dans notre métier y a 90% des gens qu'ont pas de pathologie grave. » (MG5) « Le contexte épidémiologique aussi, si y'a un contexte de grippe, on va plus, on va... [...] Ben oui, c'est un piège, mais ça fait partie des déterminants involontaires peut-être... » (MG1)
Dans leur société	« Après ça va évoluer en fonction de l'évolution de la société hein [...] Ben si on a un président qui nous met au plein emploi, on aura moins de consultations, plus de maladies, moins de social, enfin... » (MG3)

Décision par le médecin	« C'est quand même le médecin qui consulte le plus important, en fait » (MG4)
Selon l'impression globale de la situation clinique, le « <i>gestalt</i> »	« L'intuition » (MG1)
Selon des stratégies d'adaptation	« Si je suis débordé je demande plus d'examens complémentaires pour que ça aille plus vite [...] Je suis pas fière alors je le mets en bas... » (MG2)
En gérant l'incertitude	« Si le diagnostic est pas clair, c'est des décisions pas pareilles que si on sait ce qu'il a » (MG2)
Selon son état psychologique	« Si y'a eu des accumulations de problèmes non médicaux dans la journée [...] et qu'on en peut plus... » (MG1) « Il peut y avoir des éléments perturbateurs extérieurs dans sa vie qui font que le médecin ne va pas avoir la même réaction parce qu'il a une anxiété ou il a eu un accident, ou il a eu un dégât des eaux, ou ses gosses sont je ne sais pas à faire quoi... (MG3) [...] Ben c'est des éléments qui interagissent sur nous, même si on essaie de lutter contre » (MG4)
Usant de compétences de communication	« Moi c'est la capacité d'écoute quoi, qui peut influencer sur la décision » (MG4) « Capacité à expliquer aussi » (MG4) « L'attitude paraverbale du patient » (MG1)
Selon ses compétences	« Connaissances acquises, évidemment, faut en tenir compte. Ça fait partie des éléments de la décision » (MG2)
Selon son expérience	« L'expérience passée, c'est-à-dire mon expérience à moi vis-à-vis de ce type de pathologie ou autre » (MG3) « L'habitude personnelle » (MG2)
Malgré des biais	« Une formation récente sur le thème » (MG1) – <i>Heuristique de disponibilité</i> « Est-ce qu'il y a eu des erreurs médicales sur d'autres patients avant qui font qu'on a changé notre manière de faire » (MG1) – <i>Heuristique de disponibilité</i>
Selon son parcours professionnel	« Si on a eu des bon stages ou une bonne formation initiale dans le domaine ou pas » (MG1) « Selon la faculté d'origine, on n'aura pas les mêmes prescriptions » (MG3)
Selon ses croyances	« Avant je croyais vraiment à ce qu'on me disait la HAS et tout, [...] au bout de deux, trois ans, on nous dit le contraire et tout et puis t'es un peu paumé quoi... » (MG5)
Selon ses dépendances	« Quand tu parles de labo, est-ce que pour toi tu associes ça justement à un déterminant de ta décision? (RS) Pff non, non. [...] Nan, moi je vois toujours les visiteurs, c'est une détente et.. » (MG5)
Selon sa représentation de la bonne médecine	« Le patient c'est plus un individu qui a un diabète, il est avant tout diabétique, et on se fout qu'il soit un individu... [...] partout partout, glisse vers une sorte de normalisation, qu'on se ressemble tous et tout, moi je trouve ça... pfff » (MG5)
Selon ses préjugés	« J'ai mis <i>feeling</i> personnel aussi, ça m'arrive » (MG2)
Selon ses principes éthiques	« <i>Primum non nocere</i> » (MG2)
Selon son identité	« La personnalité du médecin (MG1). Ou sa pathologie psychiatrique, mais... (MG3) » <i>rires</i>

Tableau 6 : Analyse de la discussion collective des médecins spécialistes (sur 3 pages)

Décision partagée	« Tu lui expliques le pour et le contre, mais tu tiens compte de son désir quoi... » (MS4)
Issue d'un colloque singulier	« Y'a un truc qui va vraiment faire évoluer notre décision finalement, c'est la discussion qu'on va avoir à la fin avec le patient » (MS1)
Après partage d'informations	« Y'a les discussions et questions du patient sur son diagnostic, les traitements » (MS4)
Décision collégiale	« Le fait d'avoir une discussion collégiale, peut aider énormément » (MS1) « Discussion avec les associés et avec les autres, avec nos pairs... » (MS3)
Sur un modèle d'agence	« Il [<i>le patient</i>] veut tout et je me vois pas ne pas... Ne pas souvent, en général ne pas accepter sa demande. » (MS2)
Sur un modèle paternaliste	« L'intérêt pour le patient, est-ce que ma décision va être intéressante pour lui... » (MS2) « Quand on a des sportifs professionnels, où là on peut être amené aussi à raisonner totalement différemment, et pourtant ce sont des patients. Eux sont prêt à prendre plus de risques, ont une vraie demande, parfois s'opposent à des décisions, ou bien leur entourage » (MS1)
Décision basée sur des données scientifiques et des recommandations de pratique clinique (RPC)	
Selon l'état de la science	« Les possibilités thérapeutiques » (MS4)
Selon la balance bénéfice-risque	« Le risque de l'acte thérapeutique ou diagnostic en l'absolu » (MS2)
Selon les RPC	« En premier lieu, pour moi c'est important, c'est le respect quand même des pratiques usuelles et habituelles reconnues par la communauté » (MS2)
Critique de la science	« C'est un peu le tout scientifique qui tue notre formation » (MS1)
Selon l'organisation de la recherche	« Je ne parle même pas de l'influence des laboratoires » (MS1)
Décision par le patient	
Selon ses souhaits, ses connaissances et ses compétences	« C'est lui [<i>le patient</i>] qui va nous remettre au centre du problème, et des choses qu'on peut proposer, que lui aura ptet lu maintenant, vu sur internet, et qui sont pas raisonnables pour lui, qui s'en sent pas capable » (MS1)
Selon ses capacités de communication	« Entre le patient qui comprend rien, qu'est incapable de dire ce qui va se passer ou celui qui est très clair sémiologiquement, là, ben c'est sur ça va changer » (MS3) « La barrière de la langue » (MS4)
Selon ses capacités de compréhension	« Est-ce qu'il [<i>le patient</i>] comprend bien les enjeux, est-ce qu'il accepterait le diagnostic et le traitement » (MS2)
Selon son comportement	« On a eu un patient hyper agressif, [...] il est reparti » (MS1)
Selon ses émotions	« On va pas être pareil non plus, en fonction de l'humeur du patient, s'il est angoissé, s'il est agressif, s'il est dépressif » (MS4)
Croyances	« La religion » (MS1) « C'est tout le monde, selon les croyances et tout ça » (MS4)

Décision contextuelle	
Selon l'état clinique du patient	« L'anamnèse, antécédents, habitus, et surtout examen clinique, ça va être bien supérieur à tout le reste » (MS1)
Selon le pronostic	« L'urgence, avec des signes de gravité » (MS1) « J'ai mis annonce de la mauvaise nouvelle, parce que c'est des consultations [...] pendant lesquels peut-être que l'entourage qu'on va avoir [...] va être un peu différent... » (MS3)
Selon la relation médecin-patient	« Le patient est vraiment dubitatif, c'est à dire qu'il est pas... On n'arrive pas à le convaincre, ou il arrive dans un état... » (MS2) « Parce qu'ils osaient pas me le dire aussi clairement » (MS1)
Selon les objectifs visés	« En vérité y'a pas que le renouve[<i>llement</i>]... Moi j'estime qu'il n'y a pas que ça » (MS4)
En fonction de contraintes pratiques	« Temps disponible pour la consultation » (MS3) « C'est pas toujours pareil à 19h30 que à 10h le matin... » (MS3)
En fonction du temps de la maladie et du temps du système de soins	« Des fois, on est obligé de faire des choix et de faire attendre certains patients pour en privilégier d'autres » (MS1) « Les délais d'obtention des examens » (MS2)
Selon l'organisation de la structure de soins	« T'irais jusqu'à dire que nos conditions de travail peuvent parfois modifier notre façon de prendre une décision? C'est un peu ce qu'on dit là, [...] quand tu vas dire que l'hospitalisation tu l'as pas, quand moi, je sais qu'il me reste 12 urgences à faire, qu'il est 20h et que ça va pas le faire » (MS1)
Selon la qualité du système de soin	« Y a le correspondant et y a la qualité de sa lettre d'adressage, ça va souvent avec, on sait que les décisions vont ptet pas être les mêmes, et la facilité du diagnostic sera pas la même » (MS3)
Selon l'organisation du système de soins	« J'ai un patient sur deux qui vient pour un problème de foie qui n'amène jamais ses examens biologiques [...] donc c'est compliqué parce que on perd énormément de temps en pratique... » (MS3) « Mais y a plus de lavements Normacol® nulle part en France [...] Donc on ne peut plus faire de recto[<i>scopie</i>]... » (MS2)
Selon des contraintes administratives	« Pression administrative » (MS1)
Dans leur société	« Judiciarisation de nos pratiques » (MS1)

Décision par le médecin	
Selon ses croyances sur le patient	« Et les réfugiés c'est un vrai truc, hein. [...] C'est pas la même prise en charge » (MS1)
Selon des stratégies d'adaptation	« Quand tu vois que t'as une heure de retard et que t'as un truc hyper compliqué, tu vas demander un examen complémentaire à la con et le revoir après... » (MS1)
En gérant l'incertitude	« C'est que soit au bout de 15 minutes on a fait le diagnostic, ça va pas être du tout pareil que si on sait pas vraiment ce qui se passe, quoi » (MS3)
Selon son état psychologique	« Mon humeur à moi aussi, donc c'est vrai que si on a passé un bon week-end et qu'on revient de week-end, si on a des soucis familiaux ou autres... » (MS4)
Selon ses compétences	« Y'a des fois où je ne suis pas compétent » (MS2)
Malgré des biais	« Ce qui est terrible c'est qu'au moment où tu veux plus faire de parapluie, c'est là que tu trouves parfois des choses... » (MS1) – <i>Heuristique de disponibilité</i>
Usant de stratégies cognitives	« Là j'ai des décisions immédiates, donc je... directement du cerveau au crayon. » (MS2)
Selon ses dépendances	« Les correspondants à qui on veut presque faire plaisir, parce que c'est un copain, parce que... » (MS1) « Tu as des patients que tu aimes bien » (MS4)
Selon ses préjugés	<i>Anticipant une consultation</i> : « Je vais encore rien comprendre » (MS2)
Selon ses principes éthiques	« Pas de charlatanisme » (MS2) « C'est pas pour ça que je vais pas bien le soigner » (MS4)

Dans les deux groupes, l'état clinique du patient et le contexte ont été le plus largement développés. L'état clinique du patient est évoqué par presque tous les médecins, succinctement ou en détail.

L'organisation des soins a été évoquée à plusieurs reprises, dans les deux groupes. La notion de temps est revenue plusieurs fois, à la fois le temps dont disposent les soignants : « *Le temps qu'on a de disponible* » selon MG1, également cité par MS4 ; « *Temps disponible pour la consultation ou l'entretien en hospitalisation [...] C'est à dire qu'une journée complètement blindée, voilà... ou une journée où y en a deux qui sont pas venus, on a un petit peu de temps... Ça peut intervenir sur nos décisions....* » (MS3) ; le temps du patient : « *Le temps écoulé entre le moment où il nous appelle et le début de sa maladie...* » (MG3) ; le temps du système de soin : « *Le temps d'attente des examens complémentaires* » (MG3) qui a également été mentionné par MS2 et MS3, et le temps d'évolution des maladies : « *Le temps d'avoir ton scanner, de faire ta fibro⁴, t'attends l'anapath⁵, [...] ça fait plus de deux mois que t'as le patient entre les mains, et le gars, ben il stresse, et pis toi t'as pas pu aller plus vite que...* » (MS4) ; « *Maintenant on en est rendu à consulter une*

4 fibroscopie

5 anapathologie

fois tous les six mois parce qu'on n'a plus le temps d'en faire [plus]... et là après, sur ces patients fragiles, et ben on risque plus. Donc c'est une question de temps » (MG3). D'autres éléments du contexte ont été abordés dans les deux groupes comme l'impact de contraintes pratiques sur la décision : « L'horaire de la consultation, c'est peut-être un peu bête mais, c'est pas toujours pareil à 19h30 qu'à 10h le matin... Rires (MS3) [...] Nan mais t'as raison... (MS1) Ça peut jouer, ça peut jouer... (MS4) » et l'importance de l'organisation de la structure de soin : « T'irais jusqu'à dire que nos conditions de travail peuvent parfois modifier notre façon de prendre une décision ? C'est un peu ce qu'on dit là, c'est à dire que quand on est à la bourre, [...] quand tu vas dire que l'hospitalisation tu l'as pas, quand moi, je sais qu'il me reste 12 urgences à faire, qu'il est 20h et que ça va pas le faire (MS1) Ouais, je pense (MS4) Nous ça conditionne (MS3) Je pensais pas que c'était à ce point-là mais... (MS1) Je pense hein (MS4) Nous ça conditionne énormément. (MS3) ».

On retrouve dans l'extrait suivant l'imbrication de plusieurs déterminants qui ont contraint la décision : le temps de la maladie, le temps des équipes soignantes et l'organisation de la structure : « Ma spécificité c'était quand même l'urgence, avec des signes de gravité, avec des problèmes de disponibilité de notre part, des équipes. Des fois, on est obligé de faire des choix et de faire attendre certains patients pour en privilégier d'autres. Le samedi on est encore 2, le dimanche on est tout seul, donc à un moment, on est obligé de choisir... » (MS1). Parfois, au contraire, l'organisation de la structure de soin facilitait la décision et le travail du médecin : « Une espèce d'organisation qu'est faite et qui nous aide en fait là. C'est un mieux dans le sens où ça nous aide. [...] D'un circuit de soins, mais d'un autre côté, quand y a un process, un circuit de soin, ça nous évite de perdre du temps aussi. C'est quelque chose qu'est assez normé. » (MS3). Selon les médecins des deux groupes, l'organisation des soins tant au niveau local que dans la structure où ils exercent a impacté leurs décisions.

Dans les deux groupes, les médecins ont décrit (et ont regretté) la même stratégie quand le temps leur faisait défaut : « Interférence de l'activité, si je suis débordé ou pas, la décision peut être différente. [...] Donc si je suis débordé je demande plus d'examens complémentaires pour que ça aille plus vite » (MG2) ; « Quand tu vois que t'as une heure de retard et que t'as un truc hyper compliqué, tu vas demander un examen complémentaire à la con et le revoir après... J'ai déjà fait malheureusement. (MS1 - d'autres acquiescent.) Voilà. Je le fais souvent. (MS2) C'est pas bien mais... (MS1) ».

Dans le groupe des spécialistes en médecine générale, les éléments dépendants du médecin ont bien été mis en valeur (tableau 5 et figure 6). MG4 l'a souligné : « *C'est quand même le médecin qui consulte le plus important, en fait* ». MG2 semblait avoir réfléchi initialement aux décisions prises par lui – et donc avoir ainsi éludé une partie des déterminants concernant le médecin : « *Ben c'est une focalisation externe, c'est-à-dire tu regardes les éléments qui te... qui à toi font partie de ta décision, des éléments de ta décision, tu fais pas la focalisation dans l'autre sens, où ça dépend du médecin, c'est-à-dire c'est l'inverse, comme raisonnement* ».

Le bien-être du médecin a été évoqué plusieurs fois par les médecins généralistes : « *La forme dans laquelle on est* » (MG4) ; « *Il peut y avoir des éléments perturbateurs extérieurs dans sa vie qui font que le médecin ne va pas avoir la même réaction parce qu'il a une anxiété ou il a eu un accident, ou il a eu un dégât des eaux, ou ses gosses sont je ne sais pas à faire quoi...* » (MG3). Ils ont admis à regret que leurs difficultés personnelles ou professionnelles, et leur bien ou mal-être influent sur leur travail : « *Ben c'est des éléments qui interagissent sur nous, même si on essaie de lutter contre, mais je pense que effectivement...* (MG4) *Ben le médecin qui est en groupe et qui est en train de divorcer de son groupe, ça va certainement influencer sur sa consultation...* (MG3) *Ben voilà, de toute façon... on est d'accord* (MG4) *Et si il divorce de sa femme pareil... Rire Ben oui* (MG3) ».

Dans le groupe des médecins spécialistes, bien que les contraintes qui pesaient sur le médecin aient été largement détaillées, leur impact sur sa fatigue et sa santé physique et psychique n'a pas été explicitement abordé. MS3 l'a évoqué : « *La surveillance elle va pas être la même un vendredi soir à 18h par le mec d'astreinte, qui va être crevé de la journée, que si on est le mardi à 14h quoi* » sans se remettre en cause lui-même. Seule MS4 a parlé à plusieurs reprises de son humeur sans que les autres médecins aient commenté ou discuté ses propos : « *Mon humeur à moi aussi, donc c'est vrai que si on a passé un bon week-end et qu'on revient de week-end, si on a des soucis familiaux ou autres...* » ; « *Tu as des patients que tu aimes bien, et déjà, tu vois le nom oh bah déjà t'es content. Et t'as d'autres, tu vois le nom et tu dis oh nan... Pas lui !* ». Cependant, les spécialistes, comme les médecins généralistes, ont essayé de ne pas être influencés par ces émotions indésirables : « *Mais c'est plus fort, c'est plus fort que toi, t'essayes de reprendre, hein, c'est pas pour ça que je vais pas bien le soigner, mais t'as toujours un a priori négatif quand tu regardes ta liste du matin...* » (MS4).

L'influence de l'âge et de l'expérience du médecin a été évoquée à plusieurs reprises dans le groupe des médecins généralistes : sont-ils des déterminants importants de la décision médicale ? Les médecins de premier recours sont restés ambivalents : l'expérience a été citée spontanément par

trois médecins ; MG1 l'a mentionnée à deux reprises : « *L'expérience du généraliste* » et « *est-ce qu'il y a eu des erreurs médicales sur d'autres patients avant qui font qu'on a changé notre manière de faire* » ; MG2 ne semblait pas l'assumer initialement : « *Oh puis l'autre, c'est l'habitude personnelle, c'est pas important* ». La question de l'âge est revenue plusieurs fois sans être vraiment tranchée : « *Ceci étant, c'est ce que j'allais dire, alors MG1 parle de l'expérience, est-ce que cette expérience est corrélée à l'âge?* (RS) *Si* (MG1) *Un peu. Un peu quand même. Mais ceci étant dit, quel que soit notre âge, on a tous quand même la même vision des choses* (MG2) ». MG5 s'est inquiété à plusieurs reprises de réactions supposées différentes de plus jeunes médecins : « *Oui mais parce que vous êtes là, après c'est aux jeunes médecins que... Moi je ne sais pas si, comment eux ils vont réagir à ça ! Ils ont 30 ans, euh, comment ils vont réagir à....* ».

Les médecins spécialistes, quant à eux, semblaient ambivalents quant aux différences selon les spécialités : « *Tu vois là, dans le raisonnement, les spécificités de notre pratique et de notre spécialité...* » (MS1) ; « *On se rend compte c'est vachement spécifique à ce que tu fais...* » (MS4) ; pourtant MS4 a conclu ainsi : « *En plus, c'est rassurant. Tu te dis, tous les quatre, on fait à peu près pareil. On a chacun nos spécialités mais on prend toujours en compte le patient et...* ».

Dans les deux groupes, l'influence de facteurs extérieurs au médecin sur sa décision a également été discutée. MG5 méconnaissait l'influence des laboratoires : « *Quand tu parles de labo, est-ce que pour toi tu associes ça justement à un déterminant de ta décision ?* (RS) *Pff non, non.* (MG5) ». Les médecins spécialistes ont évoqué d'autres influences : « *Les correspondants à qui on veut presque faire plaisir, parce que c'est un copain, parce que...* » (MS1). Les généralistes ont été partagés quant à l'influence de la Sécurité sociale : « *Et j'avais mis aussi la pression de la sécu ou des instances. Des fois, quand ils viennent me voir et qu'ils disent vous avez prescrit tant d'arrêts de travail, ben derrière je vais modifier ma conduite, ou quand il y a les antibiotiques etc.* (MG1) [...] *Jamais changé grand-chose pour moi* (MG3) *Ah moi non plus, mais ça a un côté...* (MG5) » – pourtant MG5 rapportait l'inverse quelques minutes plus tôt : « *Maintenant, on est toujours là, qu'est-ce que va dire la CPAM⁶, j'ai fait encore un arrêt de travail, et puis...* » La préoccupation des instances administratives pour la meilleure utilisation des ressources semblait intégrée, même si elle a été débattue : « *Je pense qu'il faut prescrire un examen pas forcément le moins cher, mais le plus adapté [...] Une radio des sinus, ça coûte moins cher qu'un scanner des sinus, mais c'est beaucoup moins utile [...] Même si le coût est pas pour moi complètement déterminant* » (MG2) ; « *Mais après y en a marre de ce problème de coût !* » (MG5). MG3 a également dénoncé la place des préoccupations économiques dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques (RPC) : « *Oui, mais les recos c'est un problème de coût, c'est toujours la même chose* » ; il a critiqué aussi le

6 Caisse Primaire d'Assurance Maladie

rôle des administrations dans l'organisation des soins : « *La disponibilité des examens complémentaires (MG1) [...] C'est ce que j'avais marqué dans la case HAS (MG3)* ».

Les médecins spécialistes, eux, n'ont pas discuté du coût des soins, mais ont dénoncé également la « *pression administrative* » (MS1) pour encadrer les pratiques : « *On nous force à refaire des examens, des électromyogrammes de moins de six mois. C'est complètement con. [...] Si le patient il a un électromyogramme il y a trois ans qui était ultra pathologique, je veux dire, il s'est pas amélioré ! [...] Et donc nous on passait outre ! Et on s'est pris un courrier, parce que toujours, on opère des patients qui... Le mythe, le mythe en France de l'administratif qui pense qu'on opère des patients qu'il faut pas opérer !* » (MS1).

Certaines influences propres au médecin, et pouvant intervenir sur la décision, ont été évoquées : les médecins spécialistes ont laissé voir leurs croyances à propos du patient ou de la consultation, sans qu'il soit clair qu'elles aient été reconnues en tant que telles : « *Alors on se méfie aussi beaucoup de recherche de bénéfices secondaires, qui va... qui va faire disparaître un bénéfice thérapeutique, c'est-à-dire que... dans beaucoup de cas il ne guérira jamais, tant qu'il n'a pas obtenu ce qu'il veut, une reconnaissance dans son travail, l'arrêt ou... Et ça fait vraiment partie de... C'est à dire que mes décisions sont pas du tout les mêmes.* » (MS2) ; « *Et les réfugiés c'est un vrai truc, hein. Parce qu'on en a pas mal... [...] C'est pas la même prise en charge* » (MS1) ; « *Je vais encore rien comprendre* » (MS2). Seul MS1 s'est appuyé sur les compétences du patient – et sur une psychologue pour l'aider à les évaluer : « *Y a des patients, on raisonne pas sans elle [la psychologue], c'est-à-dire on propose pas par exemple de remettre un... de reconstruire un pouce en prélevant un gros orteil sur un patient s'il n'est pas capable d'assumer les suites, les difficultés et le risque d'échec* » (MS1). Les médecins généralistes n'ont pas abordé ce sujet.

Les compétences des médecins ont aussi fait partie des éléments de la décision médicale dépendants du médecin : « *Connaissances acquises, évidemment, faut en tenir compte. Ça fait partie des éléments de la décision* » (MG2). Les médecins spécialistes, quant à eux, ont surtout évoqué les limites de leurs compétences : « *Ou je vais pas pouvoir l'aider aussi* » (MS3) ; « *Y a des fois où je ne suis pas compétent, ce n'est pas mon domaine, ou....* » (MS2).

Le raisonnement médical a été détaillé par MS2. La décision sur un mode intuitif ou analogique, qui est une des stratégies cognitives qui permettent au médecin de raisonner, a été décrite sans être nommée : « *Ma décision, soit immédiate, quand le caractère médical est évident, quand il n'y a pas trop de risques pour le patient et quand lui adhère. Là j'ai des décisions immédiates, donc je... - directement du cerveau au crayon* ». Le raisonnement hypothético-déductif, son opposé, n'a pas été décrit (6). MS2 a associé aux décisions intuitives des situations où médecin

et patient sont d'accord sur le diagnostic de la situation et sur son traitement. Il les a opposées aux situations où médecin et patient ne parviennent pas à une solution commune : « *Et après le transfert, c'est aussi assez pavlovien : le patient est vraiment dubitatif, c'est-à-dire qu'il est pas... On arrive pas à le convaincre, ou il arrive dans un état... Il a aucune confiance en la médecine ou en moi ou en la spécialité... j'envoie, je transfère. [...] Quand je n'ai pas compris ce qu'il se passait, y a des fois où... (MS2) Tu refiles le bébé à quelqu'un d'autre. (MS4) Y a des fois où je ne suis pas compétent, ce n'est pas mon domaine, ou... (MS2) ».* Plusieurs déterminants de la décision médicale étaient ainsi associés : la relation médecin-malade, les croyances du patient, la compréhension du médecin et ses compétences. Ils étaient regroupés car ils aboutissaient à prendre la même décision : transférer le patient à un autre médecin. D'un côté, une situation simple, de l'autre, une situation complexe que MS2 préférerait ne pas gérer seul, et entre les deux, les différents niveaux de complexité rencontrés en consultation : « *Et puis après entre les deux, décision immédiate et transfert... Et puis après entre les deux... Ben c'est toute... C'est tout ce qui a trait aux différents diagnostics et aux différents traitements qui peuvent être entrepris en fonction des différents caractères... »*

Ainsi, dans les deux groupes, certaines situations ont été mises en avant car elles amenaient à des prises de décisions différentes : « *Moi mon premier truc, parce que c'est vraiment important dans la prise en charge, c'était l'établissement du diagnostic d'emblée en fait. Dans notre discipline, c'est que soit au bout de 15 minutes on a fait le diagnostic, ça va pas être du tout pareil que si on sait pas vraiment ce qui se passe, quoi* » (MS3) ; « *Et puis j'ai mis... absence de diagnostic clair, si le diagnostic est pas clair, c'est des décisions pas pareilles que si on sait ce qu'il a* » (MG2). Ils ont souligné la spécificité des situations où l'incertitude dominait. Or, la gestion de l'incertitude est un facteur confondant dans la décision médicale : elle dépend de plusieurs autres déterminants tels que l'état clinique du patient, les connaissances et compétences du médecin, les ressources à disposition (par exemple, une rupture de stock de lavement qui vient compliquer la réalisation d'une rectoscopie, cf. tableau 6), etc.

Certains spécialistes ont laissé voir leurs stratégies de gestion de l'incertitude, comme MS2 qui disait dans le verbatim cité ci-dessus transférer les patients « *quand je n'ai pas compris ce qu'il se passait* ». Une autre stratégie a été décrite par MS4 – qui lui a permis à elle aussi de gérer des moments où elle doutait de ses compétences : « *La discussion avec le médecin traitant. Parce que c'est vrai, des fois on prend son téléphone, et [...] on se dit directement, "Bon ben je sais pas quoi en faire, toi non plus? Ben moi non plus", et voilà on est d'accord, et qu'est-ce qu'on va faire... Rires. Nan mais voilà, comme ça tout le monde est d'accord, et t'as pas de... (MS4) Ça arrive, ça (MS2) Autrement on se dit, ben je suis nulle, j'ai rien mis... pis l'autre y va dire, ahlala... (MS4) ».*

Une autre façon de gérer l'incertitude était l'hospitalisation : « *C'est-à-dire nous c'est une réflexion systématique : on sait qu'on peut faire hospitaliser le patient [...] le diagnostic est pas fait, tout ça, dans le doute, [...] t'as pas à réfléchir, tu peux faire hospitaliser ton patient.* » ; « *J'ai la possibilité facilement de l'hospitaliser, de le garder une nuit si vraiment j'ai un sérieux doute [...] Toi tu pourras peut-être pas forcément le gérer comme ça et raisonner comme ça...* (MS1) *Si, je raisonne pareil : tu es là !* (MS2) ». La ressource principale qu'ont décrite les médecins spécialistes, pour gérer l'incertitude, était de se référer à leurs collègues, de leur spécialité ou d'autres disciplines, au moyen d'un adressage à un tiers ou d'une hospitalisation. Les médecins généralistes, eux, n'ont pas discuté leurs stratégies de gestion de l'incertitude.

Cette manière de gérer le risque et l'incertitude semblait correspondre à certains principes partagés par les médecins spécialistes présents : « *Mais toute notre démarche, ça évite les pertes de chance. On peut pas se dire à chaque fois, "oh c'est bon ça doit pas être ça" parce qu'un jour ça nous retombe dessus. De garder le patient pas loin, ou bien d'avoir un avis en aval facile en cas de souci, c'est quand même indispensable. C'est pas confortable.* » (MS1). Dans le groupe des médecins généralistes, seul MG2 a mentionné un principe éthique, déterminant principal de la décision selon lui : « *Primum non nocere (MG2) [...] Une sorte de fuite ça (MG5) Comment ? Ben non, c'est la première priorité pour moi (MG2)* ».

Les données scientifiques et les recommandations de pratique clinique (RPC) ont été abordées de façons très différentes dans les deux groupes. Les médecins généralistes les ont évoquées vers la fin de l'entretien et leur place était controversée. MG2 ne semblait pas d'accord avec MG1, qui plaçait les RPC au cœur de sa formation : « *Ben nous on est formés reco reco reco...* ». MG5 a remis en cause leur validité : « *Puis on peut se demander si les recos sont, sont, sont... si c'est vraiment vrai quoi !* ». L'ensemble des médecins a dénoncé l'existence de recommandations contradictoires au fil du temps : « *Ben y a des habitudes, parce qu'on va avoir des études à un certain moment, puis après, en fait on va prouver par d'autres études que c'était complètement faux ce qu'ils faisaient, ben du coup, ben on revient sur... des conduite-à-tenir qu'on avait dites avant, voire des traitements qui sont complètement à l'opposé quoi...* » (MG1). C'est le seul moment où les données de la science ont été citées. Par la suite, des exemples de ces changements dans les pratiques ont été donnés, mais les données et les arguments ayant motivé ces changements et permettant de les expliquer n'ont pas été mentionnés : « *Ben la médecine c'est ça, c'est dix ans en avance, et on revient dix ans en arrière, et on repart dix ans, et on revient... Ben si.*

[...] *Ça se voit très bien chez le diabétique... (MG3) C'est compliqué quoi... (MG5) Dix ans de progrès avec nos médicaments et un jour, en plein mois d'Août, clac faut tous les enlever, revenir dix ans en arrière, revenir à la metformine... (MG3) C'est comme avec les PSA quoi, fallait faire des PSA, après fallait plus en faire, maintenant faut en refaire parce que y a trop de, de cancers évolués qu'on trouve en faisant pas les PSA... faut les faire, faut pas les faire, faut les faire... (MG2)».*

Les médecins spécialistes, au contraire, étaient tous d'accord pour baser leur décision sur les recommandations de pratique clinique : *« Alors en premier lieu, pour moi c'est important, c'est le respect quand même des pratiques usuelles et habituelles reconnues par la communauté, notre communauté. (MS2) J'ai même pas mis ça, mais parce que pour moi, c'est logique quoi... (MS4) C'est évident. Oui mais, pour éviter de... (MS2) T'as raison (MS3) ».* Ce plébiscite était bien différent de l'ambivalence décrite dans le groupe des médecins généralistes. Cependant, l'organisation de la science n'a pas échappé à une certaine critique (énoncée alors que les intervenants se présentaient, et qu'ils n'avaient pas encore connaissance du sujet) : *« C'est un peu le tout scientifique qui tue notre formation, c'est ce qu'ils ont dit au symposium où je suis allé, c'est pour ça je voulais vous en parler, y avait des chirurgiens de la main qu'avaient 70 ans et qui ont fait le grand topo sur l'evidence-based medicine, alors peut-être qu'en pneumo, en gastro, c'est plus adapté, mais nous en chirurgie de la main, ça a un peu tué nos publications, ils montraient qu'historiquement, les plus belles publications, les plus belles découvertes en chirurgie de la main, elle seraient jamais, elles auraient jamais été acceptées dans des journaux modernes ! » (MS1).* L'organisation de la science est évoquée par une prétérition : *« Et je ne parle même pas de l'influence des laboratoires » (MS1 - MS4 acquiesce).* Cette influence de l'industrie pharmaceutique n'a pas été mentionnée parmi les déterminants de la décision médicale. La médecine fondée sur les données probantes (EBM) non plus – mais plusieurs médecins ont souligné le rôle de la balance bénéfice-risque dans la prise de décision : *« Le risque pour le patient de l'acte diagnostic ou de l'acte thérapeutique (MS2) [...] Je l'ai même pas noté alors que c'est mon quotidien... Bénéfice-risque. T'as raison, c'est terrible hein. Ben c'est comme toi, c'est évident quoi ! (MS1) C'est tellement évident ouais... (MS4) ».*

Plus que les données de la science, les spécialistes semblaient valoriser l'accord et l'avis de leurs pairs : *« On a des collègues de la France et de l'Europe qui sont venus voir, ils viennent au staff, nous on présente nos dossiers et c'est... c'est passionnant » (MS1) ; « Discussion avec les associés et avec les autres, avec nos pairs... Tu l'avais dit aussi un peu, c'est à dire que ça c'est important, ça nous arrive souvent et ça va changer parfois nos habitudes... » (MS3).* L'apport de collègues, y compris d'autres spécialités, était fortement apprécié : *« Un staff où les radiologues*

spécialisés locomoteurs viennent maintenant une semaine sur deux, donc ça aussi ça a élevé le niveau du staff, et ils nous ont apporté beaucoup, eux ils sont un peu arrivés un peu sur la pointe des pieds, nous on les bénit à chaque fois qu'ils sont là » (MS1).

Les médecins généralistes, dans les discours de leurs collègues spécialistes, semblaient occuper une place à part parmi les différents spécialistes. Ils semblaient avoir une influence importante sur le déroulement de la consultation : « *Et le correspondant lui-même. Est-ce qu'on raisonne pareil en fonction du correspondant? (MS1) Non. Pas du tout. (MS3) Ah non. Perso non (MS4) »* ; notamment sur la difficulté de la consultation : « *Y a le côté, avec lui on sait ce sera toujours carré, tu peux faire... Je lis sa lettre, j'ai le diagnostic » (MS4) ; « Ben, je ne sais pas si on peut le dire ou pas mais, c'est quand même très variable et ça peut beaucoup nous aider en effet l'adressage et la personne qui adresse... ou alors on sait très bien que là, ben on démarre à l'aveugle, parce qu'on nous a rien dit... rien rien rien. (MS3) C'est ça... Quand t'as un bout de papier "Avis pneumo". (MS4) Ben voilà, c'est ça. [...] Alors que y avait plein de choses à dire sur les antécédents, sur tout ça... (MS3) Avec un papy qu'est à moitié sourd et qu'a des troubles de la mémoire... T'es content. (MS4) »*. Le courrier d'adressage du médecin généraliste semblait ainsi être un élément important de la décision médicale. Il a été cité spontanément par MS1 et MS3. Il semblait même agir sur la relation avec le patient : « *Le courrier du correspondant. Déjà quand y'en a pas, on n'a pas le même rapport avec le patient » (MS1).*

La plupart des éléments relatifs au patient évoqués par les médecins généralistes dépendaient de son état clinique et de la connaissance de ses conditions de vie : « *Je trouve que c'est hyper important de savoir... sa vie, quoi, son travail, s'il est avec quelqu'un ou pas... et cetera et cetera » (MG5)*. Les compétences en communication du médecin et du patient ont été abordées, ainsi que la relation médecin-patient : « *La compréhension du patient et la compréhension de la part du patient » (MG4)*; « *L'attitude paraverbale du patient » (MG1)*; « *Qualité relationnelle avec le patient » (MG2)*.

Dans le groupe des médecins spécialistes, les déterminants propres au patient ont été évoqués surtout dans la mesure où ils facilitaient ou compliquaient le travail des médecins. Ainsi, les capacités de compréhension et de communication du patient ont été mises en avant : « *Entre le patient qui comprend rien, qu'est incapable de dire ce qui va se passer ou celui qui est très clair sémiologiquement, là, ben c'est sûr ça va changer » (MS3) ; « Oui, et les réfugiés c'est pareil. Nous on en a eu un qu'avait pété les câbles au bloc parce qu'il comprenait pas ce qu'on allait lui*

faire » (MS1). On a évoqué ses croyances quand elles compliquaient la prise en charge : « *Je comprenais pas l'opposition des parents, c'est notre psychologue qui a fini par... Parce qu'ils osaient pas me le dire aussi clairement. Et effectivement, l'amputation qu'elle soit traumatique ou médicale dans la confession musulmane, c'est un vrai vrai problème.* » (MS1) ; « *Le gars il est parti dans la nature [au lieu d'être hospitalisé]. [...] Comme je vais au Bénin, tu te rends compte aussi, très souvent, pour eux l'hôpital ça veut dire c'est très grave, pour la tuberculose en Afrique, c'est terrible, t'en meurs. [...] Alors que ici tu vas lui dire, ben non. Vous avez la chance d'être hospitalisé et de pouvoir avoir des traitements qui vont vous guérir... Mais eux, ben ils savent que chez eux, tu meurs, c'est fini. Donc voilà, donc, après... C'est pas obligatoirement l'ethnie, c'est tout le monde, selon les croyances* » (MS4). Il en était de même pour l'observance ou l'adhésion du patient : « *On sent que la motivation du patient elle est pas la même, quoi, celui qui vient sans sa prise de sang pour un bilan hépatique perturbé... On sent bien qu'il est bien là parce qu'on lui a dit de venir quoi* » (MS3). Seule MS4 a parlé de s'adapter au patient – à son humeur en l'occurrence : « *On va pas être pareil non plus, en fonction de l'humeur du patient, s'il est angoissé, s'il est agressif, s'il est dépressif, voilà en fonction de... de son humeur* ».

Pourtant, au moment de prendre la décision, les souhaits et désirs du patient semblaient pris en compte. Différents modèles de prise de décision ont été évoqués (23), sans que les concepts sous-jacents aient été nommés. MS1 et MS2 a évoqué une décision sur un modèle paternaliste : « *Et l'intérêt pour le patient, est-ce que ma décision va être intéressante pour lui...* » (MS2) ; « *Ils nous demandent absolument de faire un transfert d'orteil alors qu'il fume 20 clopes par jour et qu'il a 40 ans et qu'on fera jamais* » (MS1) ; MS4 nous a parlé d'un modèle de l'agence pure, où le médecin, informé des souhaits du patient, prend la décision pour lui : « *Dans l'intérêt du patient, c'est toi qui juge si c'est intéressant pour le patient. Alors que moi, je prends en compte le désir du patient, donc là le monsieur de 90 ans qui me dit : "Ben moi je veux rien faire", ben voilà, il veut rien faire. Ou il a fait un traitement "pis moi je veux arrêter j'en ai marre"... Tu lui expliques le pour et le contre, mais tu tiens compte de son désir quoi...* ». Le colloque singulier avec le patient a clairement été décrit : « *Un truc qui va vraiment faire évoluer notre décision finalement, c'est la discussion qu'on va avoir à la fin avec le patient* » (MS1) ainsi que le partage d'informations : « *Y a les discussions et questions du patient sur son diagnostic, les traitements* » (MS4). La décision médicale partagée, elle, n'a pas été évoquée explicitement.

Dans le groupe des médecins généralistes, les modalités de la décision médicale n'ont été abordées clairement qu'une seule fois, quand MG1 a évoqué un modèle collectiviste de décision médicale : « *Le coût, des examens complémentaires, des traitements, même si nous, on n'est pas*

tout à fait directement confronté, des fois on peut se dire que... [...] De ce que coûte l'examen, pas forcément pour le patient mais pour la société en fait... ».

6. Classement des concepts évoqués par les médecins

Les médecins des deux groupes ont ainsi évoqué un certain nombre de déterminants de la décision médicale. A partir de leurs propos, une partie des déterminants de la décision médicale, tels qu'ils sont conceptualisés dans la littérature (cf. figure 1) ont été retrouvés (tableaux 5 et 6). On peut classer ces concepts, comme on l'a fait pour les déterminants cités par les médecins aux figures 6 et 7, selon un schéma représentant l'EBM (5) (figures 8 et 9).

Figure 8: Concepts évoqués par les médecins généralistes classés selon l'EBM

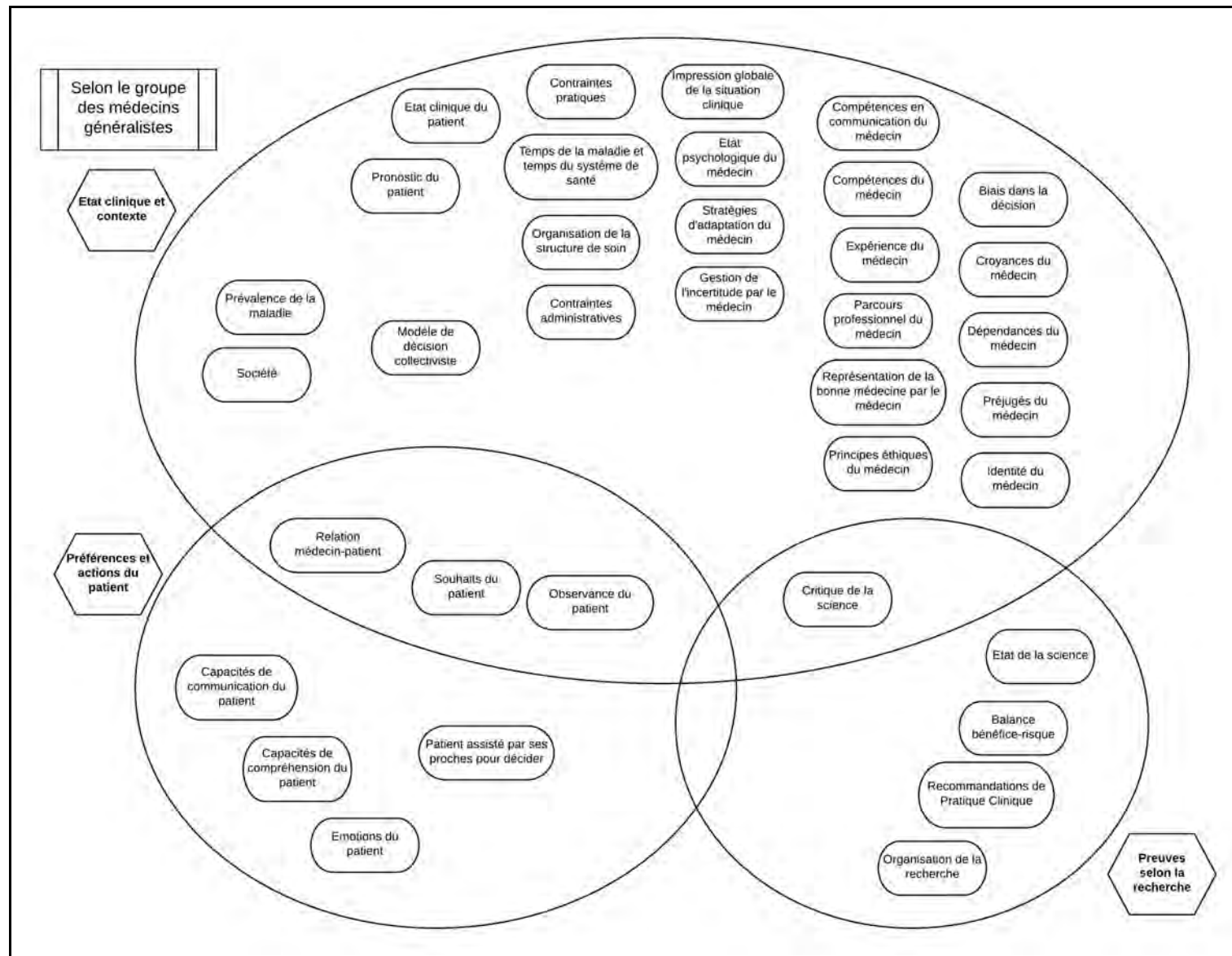
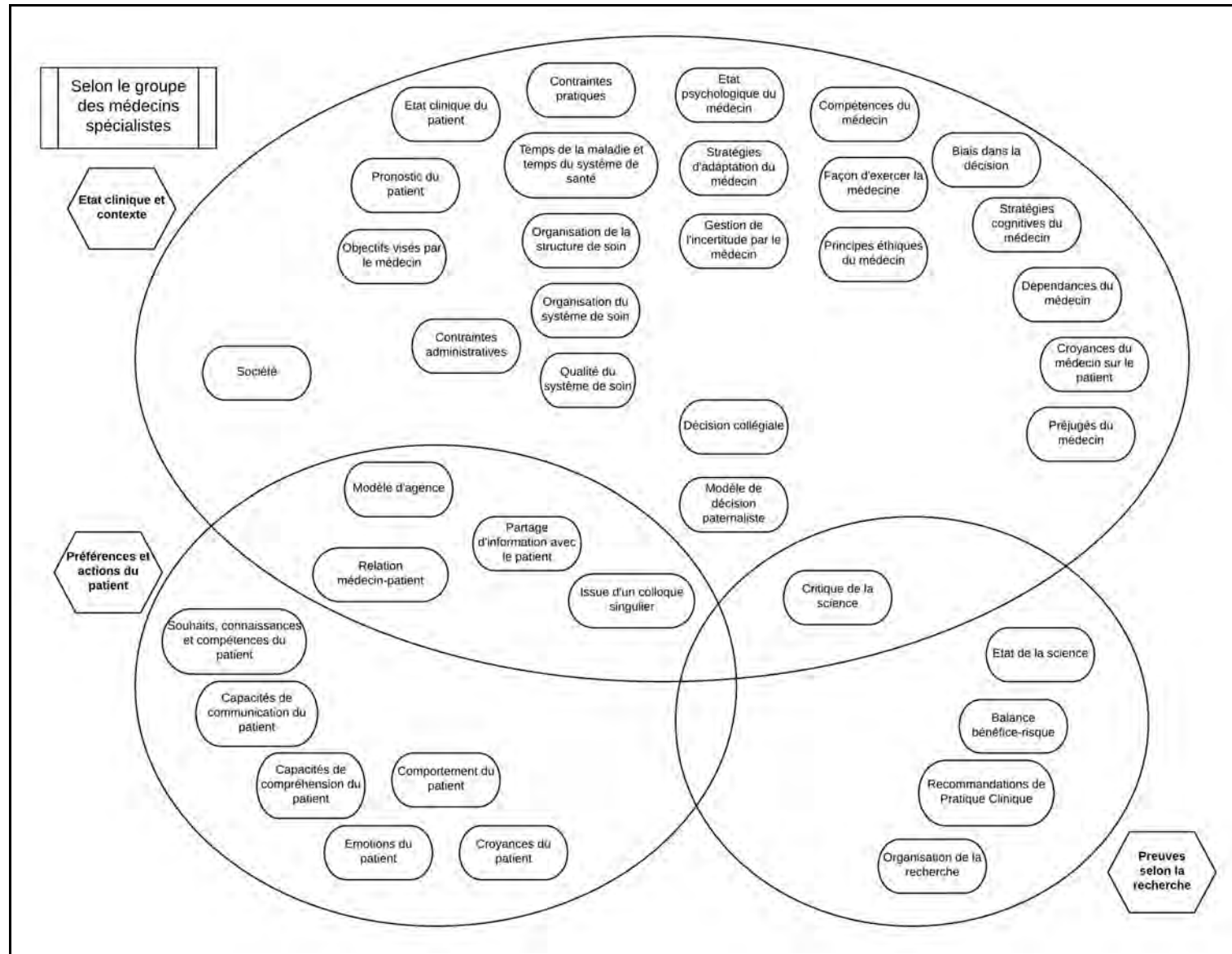


Figure 9: Concepts évoqués par les médecins spécialistes classés selon l'EBM



IV. Discussion

Cette étude a interrogé la connaissance des déterminants de la décision médicale par les médecins eux-mêmes. Le choix de réaliser deux focus-groupes différents, réunissant séparément des médecins de premier et de deuxième recours, a permis de les comparer entre eux, mais n'a pas permis d'obtenir une saturation des données. Seuls les propos exprimés ont pu être interprétés. De plus, à la suite de difficultés de recrutement, les groupes ont été plus réduits que prévu, et basés sur une participation volontaire. Deux médecins (MS3 et MS4) étaient connus de l'animateur. Les échantillons de médecins participants à notre étude ne sont donc pas représentatifs des médecins de la métropole nantaise. Les données recueillies ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins français.

La plupart des médecins invités à participer à notre étude n'ont pas donné de réponse : l'invitation était-elle suffisamment claire ? Le statut de l'observatrice (qui a réalisé le recrutement en se présentant comment remplaçante en médecine générale) n'était pas toujours compris. Un grand nombre des invitations ont été faites oralement via le secrétariat des cabinets médicaux et ont pu être partiellement transmises. Parmi les réponses négatives, le problème de disponibilité revenait souvent, bien que deux dates aient été proposées. Les médecins généralistes ont été contactés pendant l'hiver, à une période de forte activité. Le sujet n'était pas dévoilé lors du recrutement : on ne sait pas si il aurait intéressé plus de médecins. Les études interrogeant les médecins par questionnaire ou par entretien individuel ont des taux de réponse très faibles, malgré les relances : il n'est pas étonnant qu'il ait été difficile d'intéresser deux dizaines de médecins au point de les faire se déplacer en soirée à une date précise, pour discuter d'un sujet gardé secret.

La méthodologie originale de notre étude a permis à la fois un recueil individuel et un recueil collectif. Le travail individuel a permis à chaque médecin de s'exprimer et de dévoiler sa vision des déterminants de la décision médicale. Le nombre de déterminants cités est très variable selon les médecins. Certains déterminants sont très synthétiques et regroupent un grand nombre de situations, d'autres sont plus spécifiques, d'autres encore sont spontanément cités par plusieurs médecins.

La mise en commun des déterminants a permis de faire émerger des idées consensuelles : la méthode du focus-groupe ne permet pas de faire apparaître des divergences d'opinion ou des nuances. Ainsi, certains médecins ont communiqué leurs désaccords et leurs doutes (surtout parmi les médecins de premier recours) sans les verbaliser. Le temps de parole était inégalement réparti, avec une moindre participation de MG4 et de MS3. Le jugement des pairs a influencé les propos

exprimés. Malgré cela, dans les deux groupes, certains propos ont été tenus même si « *c'est un peu dommage mais... [...] Je suis pas fier alors je le mets en bas...* » (MG2) ; « *J'ai déjà fait malheureusement.* (MS1) D'autres acquiesçaient. *Voilà. Je le fais souvent* (MS2) *C'est pas bien mais...* (MS1) *Je le fais souvent* (MS2) ». Cela témoigne de la qualité des deux entretiens.

Associer un recueil de données individuelles et une discussion collective, dans un focus-groupe original, a permis d'exploiter efficacement les avantages des deux méthodes, en limitant leurs inconvénients.

La mise en commun des idées et l'organisation au tableau des supports sur lesquels elles étaient notées n'a pas permis aux médecins de dégager un classement pertinent de l'ensemble des déterminants de la décision médicale évoqués dans chaque groupe. Il peut s'agir d'un problème technique : il n'était pas facile de retrouver un carton au tableau, les écritures étant de petite taille et pas toujours lisibles. Cela peut expliquer que certaines idées exprimées à l'identique ne soient pas pour autant rassemblées : « *Gravité, urgence de la situation* » (MS2) est loin de « *Urgence* » et « *Signes de gravité* » (MS1). On peut aussi se demander si la consigne a été comprise : les médecins ont plusieurs fois demandé où placer leur carton (« *Je ne sais pas où le mettre* » (MG4 et MS3)). L'animateur, en plus de rappeler cette consigne, a proposé plusieurs fois un classement inspiré de l'EBM en reformulant et en résumant les propos exprimés, sans aucune réaction ou commentaire. Aucun médecin n'a proposé de classements différents selon les situations (5), ni n'a remis en cause la possibilité de hiérarchiser les déterminants de la décision médicale.

Les déterminants de la décision médicale ont été abordés au cas par cas et n'ont pas été mis en perspective les uns avec les autres. Dans le groupe des médecins spécialistes, la forte prévalence d'éléments de contexte dans les réponses a été relevée sans que cela permette de reclasser les cartons correspondants (cf. ci-dessus, p.31). Personne ne semblait disposer d'une vision globale, ou avoir le recul suffisant pour regrouper et organiser ses idées. Est-ce à rapprocher de l'absence de concepts utilisés par les médecins, qui ne semblaient pas parvenir à reconnaître un même concept exprimé de deux manières différentes ? Au contraire, deux (voire trois) concepts différents étaient parfois associés : MG1 associait la capacité d'écoute « *avec le degré d'urgence, si on est débordé ou pas, avec le débordement, nan moi je trouve* » ; MS2 définissait « *le parapluie. Au risque de rater un diagnostic, de rater un traitement, on multiplie certains examens pour avoir le panel... tout le panel et certains je pense que, il n'y aura pas de... [...] Alors le parapluie, soit*

c'est pour moi parce que... soit c'est pour le patient parce qu'il veut tout. Il veut tout et je me vois pas ne pas... Ne pas souvent, en général ne pas accepter sa demande ».

Les seuls commentaires qui semblaient considérer l'ensemble des données insistaient dans les deux groupes sur la similitude des réponses de chacun, et cela semblait rassurer les médecins. Cela a pu être favorisé par la méthode du focus-groupe qui privilégie un discours consensuel.

Comme on l'a vu ci-dessus, dans les deux groupes, l'essentiel des déterminants de la décision médicale cités se rapportaient à l'état clinique, au contexte et au médecin. L'état clinique a été particulièrement détaillé, par tous les médecins. On retrouve probablement ici le reflet de la formation médicale initiale et continue, qui insiste sur l'anamnèse, les signes cliniques et les résultats des examens complémentaires, desquels découlent des prises en charge type : le modèle biomédical est largement mis en avant, ce qui se retrouve dans le propos des médecins. Leur mode de formation continue, majoritairement en congrès (bien que MG1 participe à un groupe d'échange de pratiques, que MG2 pratique l'homéopathie et que MS4 soit formée à l'éducation thérapeutique) semble correspondre à ce modèle de prise en charge. Pourtant, depuis près de 40 ans, le modèle biomédical est critiqué au profit d'un modèle bio-psycho-social, plus à même de prendre en charge le patient dans sa globalité (26). Ce modèle bio-psycho-social est encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa définition de la santé comme état de complet bien-être physique, mental et social (30).

Parmi les éléments de contexte développés, de nombreuses contraintes pratiques ont été citées comme ayant un poids non négligeable sur la prise de décision – en tant qu'éléments perturbateurs ou facilitateurs. Les médecins spécialistes semblaient prendre conscience, le soir de la réunion, de l'influence et des contraintes exercées par ces facteurs organisationnels sur leurs décisions : « *T'irais jusqu'à dire que nos conditions de travail peuvent parfois modifier notre façon de prendre une décision?* » (MS1). C'est étonnant. L'impact des difficultés pratiques, du moment de la consultation et de la fatigue du médecin, est régulièrement minimisé lors du cursus médical : le médecin serait capable de fournir la même qualité de soins en toute circonstance et à toute heure. Cela fait partie du *curriculum* caché des médecins (31). Cela explique-t-il la naïveté des médecins spécialistes concernant l'impact de leurs conditions de travail sur leurs décisions ?

Parmi les éléments de contexte, le temps a été abordé sous plusieurs angles. La disponibilité du médecin et des équipes soignantes, en particulier, a été évoquée plusieurs fois dans

les deux groupes : à la fois le temps disponible au moment même de la consultation, et le temps médical globalement disponible pour organiser la prise en charge des urgences et le suivi de sa patientèle. Être disponible, prendre le temps nécessaire pour chaque personne, est en effet une condition indispensable du soin (9,32). Délivrer une information adaptée au patient, s'assurer de sa compréhension, expliquer les enjeux d'une décision pour pouvoir la partager sont des actions chronophages. Ce temps dépensé est cependant économisé par la suite, pour le patient, le médecin et le système de soin : le patient adhère avec la prise en charge, il consulte à bon escient devant des signes d'aggravation de sa maladie – aggravations qui sont moins fréquentes ou partiellement gérées par le patient seul (12,25). A l'échelle collective, partager les décisions médicales permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de réduire le recours inapproprié aux soins (surutilisation, mésusage et sous-utilisation des soins) (23). Le temps, dans le modèle de la médecine fondée sur les données probantes, est également nécessaire pour se tenir à jour des dernières données scientifiques et des dernières recommandations. Cet aspect n'a pas été évoqué, pas plus que le temps nécessaire pour se former (10,22).

Certains médecins dans les deux groupes ont évoqué une même stratégie face au manque de temps : prescrire des examens complémentaires pour remettre à plus tard l'examen ou la résolution d'une situation complexe. Pourtant, prescrire un examen complémentaire, au-delà de leur balance bénéfice-risque et coût-bénéfice discutable dans ce contexte, implique de recevoir et traiter le résultat, d'assumer la découverte éventuelle d'incidentalomes – en plus de gérer le problème initial, qui ne s'est probablement pas résolu dans l'intervalle. Cette stratégie permet donc de gagner du temps au moment où il fait défaut – mais en fait perdre dans l'absolu. Si la pertinence discutable des examens prescrits dans ce cas de figure a été regrettée par les médecins qui déclaraient utiliser cette stratégie, son efficacité n'a pas été débattue. C'est la seule stratégie de gestion du manque de temps qui aura été discutée.

Le médecin lui-même est un des déterminants majeurs des décisions qu'il prend (4,14). MG4 l'a affirmé : « *C'est quand même le médecin qui consulte le plus important, en fait* ». Les déterminants de la décision médicale dépendants du médecin sont nombreux (cf. figure 1), et plusieurs d'entre eux ont été discutés dans les focus-groupes : son identité et sa personnalité, son humeur et son bien-être, sa formation et les influences qu'il subit, ses croyances et préjugés ainsi que les stratégies cognitives utilisées et les biais de ses décisions (cf. figures 6 et 7 et p. 33 et suivantes).

Choisir quel médecin consulter est d'ailleurs un des premiers choix effectués par le patient (en dehors des situations d'urgence, et si la démographie médicale le lui permet). C'est peut-être le choix le plus important : il peut déterminer la participation du patient dans les décisions suivantes (33).

Selon les valeurs du médecin, sa formation et ses compétences, il envisagera le cas clinique apporté par le patient à sa manière, avec de larges variations selon les personnes, les moments et les motifs de consultation. Chaque médecin se place dans un modèle conceptuel qui lui est propre, qui peut varier d'un modèle strictement biomédical à une approche holistique sur un modèle bio-psycho-social (26). Cependant, les médecins ont rarement conscience du ou des modèles utilisés et de leur impact sur leurs prises de décisions et leurs façons d'exercer la médecine : il est mêlé dans leur cursus universitaire, dans leurs formations implicites et explicites, initiales et continues, à travers le compagnonnage, les recommandations de bonne pratique et même la tarification des soins et le prestige qui leur est accordé (34). Il n'est donc pas étonnant que ces déterminants de la décision médicale n'aient été abordés dans aucun des focus-groupes.

Les médecins généralistes ont discuté l'influence de leur âge et de leurs expériences sur la décision, alors que les médecins spécialistes, eux, ont évoqué le rôle de leur spécialité. L'influence de l'âge a été retrouvée dans un certain nombre de situations, comme la prise en charge des dyslipidémies (4), sans qu'il soit certain qu'il s'agisse d'un déterminant de la décision médicale à part entière, ou d'un facteur confondant. Il ne semble pas exister d'études de grande ampleur en France, étudiant les prescriptions selon l'âge dans plusieurs situations. Les données issues de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (R.O.S.P.) pourraient le permettre. Concernant l'expérience, il apparaîtrait que la croyance, bien répandue parmi les médecins, selon laquelle on fait bien ce que l'on fait souvent soit fondée : les spécialistes d'organes auraient des résultats meilleurs ou aussi bons que les spécialistes en médecine générale dans leurs domaines de spécialité (35). Ils appliqueraient plus souvent les recommandations, mais en prescrivant plus d'examens et de traitements relevant de leurs spécialités (4). Ils seraient moins performants que d'autres spécialistes, y compris les spécialistes en médecine générale, en dehors de leur domaine (36). Les meilleurs résultats seraient obtenus par une prise en charge conjointe par un généraliste et un spécialiste d'organes (37). La « *possibilité d'avoir un avis de spécialiste (par téléphone)* » faisait d'ailleurs partie, selon MG1, des déterminants de la décision médicale, ainsi que « *la prise en charge en équipe/réseau* ». Les médecins généralistes n'ont pas discuté le rôle du spécialiste en lui-même, ni le poids de ses avis et prescriptions sur leurs décisions, contrairement aux médecins spécialistes d'organes et d'appareils qui ont souligné l'importance du médecin généraliste sur leur processus décisionnel et sur leur relation avec le patient, à travers les courriers d'adressage notamment.

Pourtant, l'organisation du système de santé (du classement à l'Examen Classant National à l'écart de rémunération des consultations) valorise davantage les compétences et l'avis du spécialiste que du généraliste, ce qui est renforcé par le fait que le généraliste fait appel au spécialiste quand il ne se sent plus compétent pour gérer seul une situation clinique (14).

Une autre caractéristique du médecin, sa personnalité, a été évoquée par MG1 dans le groupe des médecins généralistes, mais ce déterminant a aussitôt été tourné en dérision par MG3 : « *ou sa pathologie psychiatrique* », ce qui fait rire. Pourtant, la question de la santé mentale des médecins est tout à fait pertinente : leur taux de suicide serait au moins deux fois plus élevé que celui de la population générale (38).

L'impact du bien ou mal-être du médecin – ou de son humeur – a été débattu dans le groupe des médecins généralistes, et l'ensemble des médecins présents était d'accord pour reconnaître son influence sur la prise de décision, malgré eux : « *Ben c'est des éléments qui interagissent sur nous, même si on essaie de lutter contre, mais je pense que effectivement...* » (MG4). Les médecins généralistes sont souvent témoins de l'influence des événements de vie sur l'état de santé des personnes, notamment au travail. « Réaction à une situation éprouvante » est le 12^{ème} résultat de consultation le plus fréquent, concernant près de 5% des patients suivis au cours d'une année par un médecin généraliste (39). Nier l'impact de ces événements sur la santé, la fatigue, les capacités de concentration, etc. ne paraissent pas être la meilleure manière de se prémunir de leur influence. Au contraire, les prendre en compte, avoir conscience de sa vulnérabilité pour y remédier (et se soigner) paraît souhaitable. Les médecins interrogés, qui ont reconnu à regret « *On n'est pas moins humains...* » (MG3), ne semblaient pas de cet avis. Dans le groupe des spécialistes, les émotions et le bien-être du médecin n'ont été abordés que par MS4 – on ne connaît pas l'opinion des autres praticiens à ce sujet. Mais MS4, elle aussi, a cherché à ne pas se laisser influencer par « *des patients que tu aimes bien, et déjà, tu vois le nom oh bah déjà t'es, t'es content. Et t'as d'autres, tu vois le nom et tu dis oh nan... Pas lui ! [...] c'est plus fort que toi, t'essayes de reprendre, hein, c'est pas pour ça que je vais pas bien le soigner, mais t'as toujours un a priori négatif quand tu regardes ta liste du matin...* ». En effet, être conscient des émotions que suscite un patient, pour les neutraliser et l'accueillir avec bienveillance – avec une « curiosité empathique » - fait partie des compétences du clinicien (40). De la même manière, le médecin devrait avoir conscience des préjugés concernant le patient pouvant impacter sa décision, pour tenter de les neutraliser (4,6).

Si les médecins spécialistes, comme on l'a vu ci-dessus, ont fait part de certaines croyances sur leurs patients, il n'est pas certain qu'ils les aient identifiées ainsi. Ainsi, MS1 a évoqué la spécificité du soin des personnes réfugiées : « *Et les réfugiés c'est un vrai truc, hein. [...] C'est*

pas la même prise en charge » alors que MS2 a souligné l'importance d'identifier les bénéfiques secondaires pour modifier la décision car « *dans beaucoup de cas il ne guérira jamais, tant qu'il n'a pas obtenu ce qu'il veut* » - ce qui semble impliquer un comportement délibéré alors que les patients sont le plus souvent sincères dans leurs difficultés. La prise en charge de personnes réfugiées se caractérise par l'imbrication d'une ou plusieurs des problématiques suivantes : situation sociale difficile ; niveau socio-culturel modeste, différent de celui du médecin ; mauvaise maîtrise de la langue française ; représentation différente de la santé ; prévalence différente de certaines maladies, notamment infectieuses ; méconnaissance du système de soin français ; couverture médicale différente, nécessitant des feuilles de soins papier, etc. Certaines personnes réfugiées cumulent l'ensemble de ces problématiques, d'autres ne sont concernées par aucune. De la même manière, la notion de bénéfiques secondaires peut recouvrir diverses situations : représentation sociale de la maladie, croyances sur la maladie, représentation de soi-même, pathologie d'origine psychosomatique ou inexplicable... Diverses situations complexes ont ainsi été rassemblées dans le discours des médecins et réduites à un de leurs aspects, à une seule des caractéristiques du patient. Cette « économie de jugement » réduisant les complexités, peut permettre d'économiser du temps et de l'énergie (6,14), mais au prix d'une absence de prise en compte du patient dans son altérité. Le mode de présentation du patient, ainsi que certaines de ses caractéristiques, comme son âge, son genre, son indice de masse corporelle (IMC), sa couleur de peau ou certains antécédents, ont une influence indiscutable sur sa prise en charge (4,6). Seule l'influence de l'âge a été mentionnée dans les focus-groupes. On peut se demander pourquoi : est-ce par méconnaissance de l'impact de l'aspect physique de nos patients et de nos croyances sur nos décisions ? Est-ce parce que c'est trop évident pour être dit ? ou parce que des remarques de cet ordre sont difficiles à assumer devant des inconnus ?

Le processus décisionnel peut également être affaibli par l'existence de biais et d'heuristiques. Les heuristiques médicales, telles que définies par Tversky et Kahneman (4,41), décrivent les automatismes dans le raisonnement qui permettent l'analyse rapide d'une situation à l'aide de raccourcis qui, quoique efficaces, ne sont pas toujours fiables et peuvent entraîner des erreurs de jugement. Seule MG1 a laissé entendre qu'elle en avait conscience sans utiliser ces termes, en différenciant « *une formation récente sur le thème* » d'un autre déterminant de la décision médicale, la formation initiale. On peut se demander si elle a précisé le caractère récent de la formation parce qu'elle avait conscience d'une heuristique de disponibilité, c'est-à-dire du risque de sur-estimer la probabilité d'un événement marquant (4). Elle a été un peu plus explicite en évoquant « *des erreurs médicales sur d'autres patients avant qui font qu'on a changé notre manière de faire* » (MG1). Enfin, elle a abordé une autre vulnérabilité au niveau du processus décisionnel : « *Ben moi, j'avais marqué le contexte épidémiologique aussi, si y a un contexte de grippe, on va plus, on va...*

(MG1) *Ben c'est un piège ça !* (MG2) *Ben oui, c'est un piège, mais ça fait partie des déterminants involontaires peut-être....* (MG1) ». MG1 a été la seule dans les deux groupes à faire des remarques de cet ordre, et à envisager des déterminants fragilisant la décision ou la possibilité d'une décision inadaptée. C'est aussi la seule à évoquer les erreurs médicales : elle aura été jusqu'à rapprocher la réflexion menée pendant le focus-groupe sur la décision médicale avec le travail de compréhension des mécanismes aboutissant à une erreur médicale : « *J'ai l'impression que ce travail, là, rejoint aussi un peu les erreurs médicales, quels sont les déterminants des erreurs médicales, de la manière que les déterminants de la décision médicale, c'est juste à l'inverse...* » (MG1) puis elle a précisé : « *En fait, quand on classe tout bien ici comme il faut, c'est-à-dire bonne relation, bonnes recos, on a des bonnes bases, voilà, et ben on va avoir la... l'autoroute pour aller faire le diagnostic, la prise en charge et que ça se passe bien. Et que dès qu'il y a un rouage qui va pas aller, l'heure de la journée, le nombre de patients, l'informatique qui marche pas, etc., ben tout ça, ça va être des facteurs qui vont pouvoir précipiter ou risquer de précipiter une erreur médicale* » (MG1). En effet, les erreurs liées au soin peuvent survenir à toutes les étapes du soin ; les erreurs évitables surviennent souvent suite à une cascade d'événements indésirables : identifier le ou les niveaux de défaillance peut permettre d'éviter que l'erreur se reproduise (42). La réflexion sur les causes d'une erreur évitable, tout comme celle sur les déterminants de la décision médicale (6) peut permettre d'améliorer la qualité des soins.

Si la décision médicale dépend de données scientifiques et des recommandations de pratique clinique (RPC), c'est encore le médecin qui choisit les informations les plus pertinentes selon lui, à travers ses modes de formation et les sources qu'il consulte – même si, de plus en plus souvent, le patient apporte sa propre expertise et ses propres connaissances, notamment dans le cas de maladies chroniques, ou du choix d'une contraception (25). Les médecins spécialistes de médecine générale ont largement critiqué les RPC, mettant en doute leur fiabilité et dénonçant leur labilité : ils ont parlé d'« *effets de mode* » (MG1) et d'« *effets d'annonce* » (MG3) et ont évoqué leurs difficultés à justifier ces changements auprès de leur patientèle : « *Dans ce cas-là, on oublie assez facilement que la plupart de nos patients ont une bonne mémoire. Aussi.* » (MG4). Les études qui explorent les représentations des RPC parmi les médecins généralistes français retrouvent des opinions similaires : 39% d'entre eux les considèrent comme plutôt inutiles (part qui augmente avec le nombre d'années d'exercice) et l'évolution permanente des recommandations est dénoncée comme elle l'est ici et en utilisant les mêmes termes de changement de mode et de croyance (43). Une méta-analyse internationale des études explorant le rapport des généralistes aux RPC retrouve,

parmi les raisons évoquées pour ne pas y adhérer, des inquiétudes pour la relation médecin-malade (20).

Une autre critique a probablement participé à la défiance envers les RPC : « *Oui, mais les recos c'est un problème de coût, c'est toujours la même chose* » (MG3). En effet, la loi de financement de la Sécurité sociale, en 2008, donne un nouveau rôle à la Haute Autorité de Santé (HAS) : cette dernière « émet des recommandations et avis médico-économique sur les stratégies de soins, de prescriptions ou de prise en charge les plus efficaces ». L'objectif de la HAS devient triple : un accès équitable aux soins sur le territoire (qui passe par une homogénéisation des pratiques), l'existence de soins de qualité, dont l'efficacité a été prouvée et, désormais, des soins économiquement efficaces (44). La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (R.O.S.P.) participe à la réalisation de cet objectif. Elle a été brièvement évoquée dans le groupe des médecins généralistes, d'une façon qui peut faire douter de son impact : « *Non mais après tu sais, avec les R.O.S.P., quand on avait quatre [hémoglobines glycosylées] là, on avait du fric, c'était sympathique, 3000 euros qu'arrivaient par trimestre, et maintenant ils disent, faut faire que deux hémoglobines glycosylées, faut plus en faire quatre... (MG5) Ah bon? J'en fais encore quatre moi... (MG2)* ».

Cela pose aussi la question de l'impact des RPC. Une des solutions pour améliorer leur impact serait de prendre en compte lors de leur élaboration l'avis des premiers concernés par leur application : les patients qui en subissent les effets et les médecins de premier recours, chargés de les promouvoir (18).

Les médecins spécialistes d'organes et d'appareils, quant à eux, ont mis largement en avant l'influence de l'avis de leurs pairs dans leurs décisions. Cela peut expliquer l'influence des avis d'experts, même quand ils ne sont pas appuyés sur des données probantes, et malgré les liens d'intérêt de certains experts avec l'industrie pharmaceutique notamment (45,46). Cela peut aussi expliquer l'efficacité des groupes de pairs pour changer les pratiques (17).

Aucun des deux groupes n'a évoqué explicitement l'influence de l'industrie pharmaceutique sur leurs décisions médicales, pas plus que sur le discours des experts, ni lors de l'élaboration des RPC. Pourtant, la HAS a récemment abrogé une de ses recommandations à la suite de la découverte de liens d'intérêt non déclarés d'auteurs de cette recommandation avec des entreprises pharmaceutiques (47). Le modèle de la médecine fondée sur les données probantes (EBM) est remis en question par certains auteurs du fait de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la production et la sélection de données scientifiques et de RPC (48,49). La question de l'influence des visiteurs médicaux sur ses décisions est posée explicitement à MG5 : « *Quand tu parles de labo, est-ce que pour toi tu associes ça justement à un déterminant de ta décision?* (RS)

Pff non, non. (MG5) ». Pourtant, les preuves de l'efficacité des pratiques commerciales des laboratoires sont nombreuses (46). L'opinion des autres médecins à ce sujet n'est pas connue.

Le patient, comme on l'a vu, prend peu de place dans le discours des médecins. Pourtant, les soignants sont dépendants des patients : de leur présence en consultation, aux réponses qu'ils font lors de l'entretien, de leur acceptation d'un examen clinique et d'examen complémentaires plus ou moins invasifs, à leur observance d'un traitement plus ou moins contraignant. Sans leur motivation à prendre soin d'eux-mêmes, aucune prise en charge (en dehors des soins sous contrainte) n'est possible (50). Les généralistes ont mis en avant l'importance de connaître la vie privée de leurs patients. Les spécialistes ont évoqué surtout les aspects qui facilitent ou compliquent la prise en charge, notamment en termes de communication. Le patient idéal est-il celui qui présente une sémiologie claire, communique facilement, adhère à la prise en charge proposée et ne dit mot ?

Pourtant, comme on l'a vu, les médecins spécialistes ont décrit assez clairement, sans le nommer, le partage d'informations adaptées avec leurs patients, le recueil de leurs souhaits et un colloque singulier qu'ils ont mis au cœur du processus décisionnel : « *Un truc qui va vraiment faire évoluer notre décision finalement, c'est la discussion qu'on va avoir à la fin avec le patient* » (MS1). Les médecins généralistes ont laissé également deviner, par certaines de leurs remarques, différents modèles de décision (23). MG3 a expliqué « *les problèmes d'adhésion du patient au traitement, c'est pas la même décision à la fin qu'au début* » : nous parlait-il d'un modèle du patient décideur en cas de difficultés d'observance ? MG2 a interrogé « *quelle est la demande du patient, ce qu'il veut exactement* » : évoquait-il un modèle d'agence pur, où le médecin prend seul la décision après avoir recueilli les désirs du patient ? Quant à MG1 : « *Quelle est la relation médecin-malade et la possibilité de réfléchir, d'interagir avec le patient* » ; évoquait-elle une décision partagée entre médecin et patient ? Les modalités de la décision n'ont pas été abordées explicitement : les notions d'information partagée, de colloque singulier ou de consentement éclairé n'apparaissent dans aucun des deux groupes. Est-ce par méconnaissance de ces concepts, pourtant largement répandus ? ou parce qu'ils sont trop évidents pour être mentionnés ? Les recommandations de pratique clinique ont été amenées tardivement par MG1 parce qu'« *en fait, je pense que c'est implicite, mais ouais, je vais l'écrire... Recos.* ». Peut-être aussi l'intérêt d'instaurer une décision partagée avec le patient n'était-il pas évident pour les médecins réunis dans ces deux focus-groupes – bien que cet intérêt soit prouvé dans plusieurs études internationales (51) et promu dans une « reco » (23).

Ainsi, malgré le faible nombre de médecins participants dans chaque groupe, et l'absence de saturation des données, les propos recueillis dans cette étude permettent de valider les hypothèses formulées ci-dessus. L'absence de conceptualisation et de connaissances théoriques sur les déterminants de la décision médicale est marquante et visible dans le discours des médecins participants à notre étude. Le contexte est largement développé par ces derniers. Le rôle du médecin dans la décision est également détaillé, surtout par les médecins généralistes. Le rôle des données scientifiques et des recommandations est évident pour les médecins spécialistes, et objet de controverse pour les médecins généralistes. Enfin, les données relatives au patient et son rôle dans la décision sont abordés superficiellement.

Malgré le petit nombre de médecins participants, la richesse du contenu qu'ils ont apporté ainsi que la richesse du sujet et l'abondance de littérature sur la décision médicale, ne permettent pas une analyse exhaustive : chaque déterminant évoqué, et ceux qui ne l'ont pas été, pourraient être discutés et comparés. Le choix des sujets débattus ici est subjectif.

Les différences entre les interventions de chaque médecin sont nombreuses : un recrutement plus large pourrait donner des résultats différents. MG1 et MS4, en particulier, ont cité dans chaque groupe le plus de déterminants, et ont été les seules à aborder certaines problématiques dans leur groupe : la santé psychique du médecin pour MS4 et les biais et fragilités du processus décisionnel pour MG1. C'était les deux seules femmes. MS4 a une formation en éducation thérapeutique, et elle participe parfois aux échanges entre son conjoint, qui est médecin généraliste et maître de stage, et l'interne de celui-ci – quand ils discutent et critiquent leurs décisions médicales. MG1 était la seule parmi les médecins à se former via un groupe d'échange de pratiques, qui permet de réfléchir, *a posteriori*, à froid et à plusieurs, aux décisions prises afin de réévaluer, et de modifier le cas échéant, les décisions futures (16).

Les médecins n'ont pas abordé les déterminants sociaux, économiques, ethno-anthropologiques, environnementaux ou systémiques de la décision médicale ; les situations complexes, caractérisées par une multitude de facteurs étiologiques et l'absence de consensus d'experts quant à leur résolution, n'ont pas été évoquées. Est-ce parce que les médecins interrogés ici ne raisonnent pas avec un modèle bio-psycho-social, ne le pratiquent pas, ou est-ce parce qu'ils ne maîtrisent pas ce concept ou n'ont pas conscience de leur modèle d'exercice ? Notre étude, construite pour explorer la perception par les médecins des déterminants de leurs décisions médicales, ne préjuge pas de leur façon d'exercer la médecine, et ne permet pas de connaître la manière dont, effectivement, ils prennent leurs décisions. Comme beaucoup d'études sur la décision médicale, celle-ci n'a pas eu lieu dans les conditions dans lesquels les médecins exercent

habituellement (52). L'heure tardive, après une journée de travail, la présence de tiers, l'exercice réflexif et abstrait sur leur pratique ont déterminé leurs propos. Cela ne nous permet pas de connaître l'ensemble des déterminants de leurs décisions médicales, dans leur pratique professionnelle – seulement ceux dont ils ont conscience, et auxquels ils ont pensés, ce soir-là.

V. Conclusion

Les médecins de premier et deuxième recours consultant en ambulatoire dans la métropole nantaise, interrogés selon la méthode du focus-groupe, ne sont à même de rapporter qu'une partie des déterminants de la décision médicale cités dans la littérature, qu'ils évoquent à partir de leurs expériences, sans utiliser les concepts existants. Ils perçoivent surtout les déterminants de leurs décisions médicales se rapportant au contexte et au médecin. Les médecins spécialistes en médecine générale contestent la place et la légitimité des recommandations de pratique clinique dans leurs décisions, alors que les médecins spécialistes d'organes et d'appareils mettent en avant ces recommandations et l'avis de leurs pairs. La place du patient dans la décision est réduite dans les deux groupes. Le mode de décision, et en particulier les déterminants permettant une décision partagée, ne sont pas explicitement abordés.

Ces résultats sont fragilisés par le petit nombre de médecins interrogés et l'absence de saturation des données. D'autres études, dans la littérature, retrouvent des résultats similaires, même si cette approche, interrogeant les médecins sur leur propre perception des déterminants de leur décision, est originale.

D'autres études, de plus grandes ampleurs seraient nécessaires pour confirmer ces résultats. Il serait également intéressant de comparer les résultats obtenus selon la même méthode par des médecins participant à un groupe d'échange de pratiques, pour étudier l'effet de ce mode de formation sur la perception des déterminants de la décision médicale, ou d'inclure des internes de médecine générale pour étudier les effets de la formation en médecine générale sur la connaissance et la perception des déterminants de la décision médicale par de jeunes médecins.

VI. Bibliographie

1. Eddy DM. Anatomy of a Decision. JAMA. janv 1990;263(3):441.
2. Tabuteau D. La décision en santé. Santé Publique. 2008;20(4):297.
3. Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S, Audétat M-C. Raisonnement clinique et décision médicale. Médecin Qué. 2010;45(5):59-63.
4. Junod AF, Nendaz MR. Décision médicale ou la quête de l'explicite. 2ème édition. Paris: Médecine & hygiène; 2007. 270 p.
5. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ. juin 2002;324(7350):1350.
6. Croskerry P. Context is everything or how could I have been that stupid? Healthc Q. 2009;12:171-6.
7. Lemiengre M. Pronostic. Minerva. 2016;15(10):244-5.
8. Prescrire Rédaction. Déterminer la balance bénéfices- risques d'une intervention : pour chaque patient. Rev Prescrire. 2014;34(367):381-5.
9. Polomeni A. Le choix de prescrire. Médecine. 2017;13(7):321-6.
10. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. janv 1996;312(7023):71-2.
11. Doubovetzky J. La décision médicale. Rev Prescrire. 1992;12(117):224.
12. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juin 1999;49(443):477-82.
13. Cohen-Scali J. La décision médicale en situation de controverse. Exercer. 2010;21(90):36-7.
14. Vega A. Les déterminants de la décision médicale. Un point de vue sociologique. Médecine. juin 2009;5(6):282-6.
15. Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. Les Belles Lettres; 2008. 456 p. (Médecine et sciences humaines).
16. Le Coz P. Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients. Paris: Editions du Seuil; 2007. 195 p.
17. Arnould P. Groupe de pairs : une méthode pour évaluer sa pratique professionnelle. Rev Prat Médecine Générale. oct 2006;20(744/745):1031-2.
18. Montori VM, Brito JP, Murad MH. The Optimal Practice of Evidence-Based Medicine : Incorporating Patient Preferences in Practice Guidelines. JAMA. déc 2013;310(23):2503.
19. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice ? Evid Based Med. juin 2017;22(3):88-92.

20. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract.* déc 2007;57(545):971.
21. Boussageon R, Huas C, Rat C. Reconstruire l'Evidence Base pour une décision médicale partagée. *Exercer.* 2017;(130):90-4.
22. Mulrow CD. Systematic Reviews : Critical Links in the Great Chain of Evidence. *Ann Intern Med.* mars 1997;126(5):389.
23. Haute autorité de santé. Patients et professionnels : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Saint-Denis : HAS; 2013.
24. Galam E. Choisir avec soin : les mots aussi ! *Médecine.* 2016;12(8):340-2.
25. Bally J-N, Gocko X, Charles R. Le raisonnement et la décision en médecine. *Exercer.* 2017;(132):189-203.
26. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Sciences.* 1977;196(4286):129-36.
27. Boussageon R, Foucher E, Huas C. Les médecins généralistes lisent-ils les sources primaires d'information ? *Médecine.* oct 2017;13(8):378-82.
28. Bastian B, Fiquet L, Rousseau C. Les Lecteurs Emérites de la revue Prescrire appliquent-ils les recommandations de la revue ? *Exercer.* 2017;28(134):244-51.
29. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, LeGoaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus-groupe. *Rev Prat Médecine Générale.* mars 2004;18(645):382-4.
30. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health ? *BMJ.* juill 2011;343(26):d4163-d4163.
31. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Médicale.* avr 2014;43(4):358-62.
32. Queneau P. L'éthique est au cœur de toute décision médicale. *Médecine.* nov 2009;5(9):388-90.
33. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient. Première partie : décider, sur quelle « evidence » ? *Médecine.* 2005;1(2):90-2.
34. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* mai 1980;137(5):535-44.
35. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med.* août 1999;14(8):499-511.
36. Edwards ST, Mafi JN, Landon BE. Trends and quality of care in outpatient visits to generalist and specialist physicians delivering primary care in the United States, 1997-2010. *J Gen Intern Med.* juin 2014;29(6):947-55.
37. Turner BJ, Laine C. Differences between generalists and specialists: knowledge, realism, or primum non nocere ? *J Gen Intern Med.* juin 2001;16(6):422-4.

38. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. 2010 [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2010panel1_v4_rapport.pdf
39. Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009 [Internet]. 2019 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php>
40. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. nov 2004;2(6):576-82.
41. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty : Heuristics and Biases. *Science*. sept 1974;185(4157):1124-31.
42. Prescrire Rédaction. Erreur liée aux soins : la décrire en détails pour mieux la comprendre. *Rev Prescrire*. 2018;38(419):692-7.
43. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006;18(4):573.
44. Allouache A, Vacarie I. Les bonnes pratiques professionnelles. Le sens des mots. *J Gest Déconomie Médicales*. 2011;29(5):183.
45. Tabuteau D. L'expert et la décision en santé publique. *Trib Santé*. 2010;27(2):33.
46. Organisation Mondiale de la Santé, Action Internationale pour la Santé. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - un manuel pratique [Internet]. 2013 [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf
47. Haute autorité de santé. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation COMMUNIQUÉ DE PRESSE. 22 nov 2018 [cité 29 sept 2019]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-ses-recommandations
48. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ*. juin 2013;346(14):f3830-f3830.
49. Spence D. Evidence based medicine is broken. *BMJ*. janv 2014;348(3):g22-g22.
50. Beijer FM. La place de la vie quotidienne des patients dans le raisonnement médical. *Médecine*. nov 2016;12(9):421-6.
51. Munck S, Caillault H, Vallot S. Effets objectivables de la décision médicale partagée. *Revue systématique. Exercer*. 2016;(127):60-1.
52. Croskerry P, Petrie DA, Reilly JB, Tait G. Deciding about fast and slow decisions. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. Fev 2014;89(2):197-200.

VI. Annexes

1. Guide d'entretien

- Accueil, présentation de RS et LL, merci d'être venu
- Entretien sur la méthode du focus-groupe pour une thèse de médecine générale
- Échange anonyme et confidentiel
- Respect de la parole (pas de jugement, pas d'interruption)
- Enregistrement audio
- Signature feuille d'autorisation
- Début enregistrement
- Présentation de chacun :

nom, âge, spécialité, âge de thèse

lieu et durée d'installation, âge d'installation

type d'exercice (type de patientèle, activité complémentaire, spécificités de sa pratique...),

mode de formation continue

- présentation du sujet :

sur la décision médicale, qui détermine les actions à prendre - quoi faire - concernant la santé individuelle d'un patient : réaliser un examen, prescrire – ou ne pas prescrire, adresser à un tiers, informer, surveiller, ne rien faire etc.

=> Quelles sont selon vous les éléments qui déterminent les décisions que vous prenez en consultation ?

=> liste hiérarchisée des déterminants de la décision médicale sur les post-its devant vous

- travail individuel d'abord, qui sera mis en commun ensuite

- Mise en commun : chacun son tour va lire son premier post-it, puis chacun son tour le 2e, et vous allez organiser ces post-its au tableau

- photo du tableau à ce moment

- Souhaitez-vous ajouter des déterminants de vos décisions médicales qui n'auraient pas été cités ?

- Pouvez-vous commenter ou discuter votre travail ?

- Questions subsidiaires :

Pensez-vous que chaque déterminant a le même poids dans la prise de décision ?

- Merci à tous, fin enregistrement, recueil feuilles d'autorisation, photos du tableau

2. Transcription du focus-groupe des médecins généralistes

Focus-groupe 1 - Médecins spécialistes en médecine générale
Mardi 5 mars 2019
Lieu : faculté de pharmacie de Nantes, 9 rue Bias, 44 000 Nantes

Participants : MG1, MG2, MG3, MG4 et MG5
Animateur : Rémy Senand (RS)
Observatrice : Lise Lombard (LL)

RS : Alors, on va se faire un petit tour, on va faire un petit tour de présentation tout d'abord, euh, c'est-à-dire que, ce qu'on souhaite avoir, c'est vos coordonnées, donc nom, prénom, âge, installation, date d'installation, date de thèse, des choses de cet ordre là, ou tout élément que vous pouvez euh... penser intéressant sur votre type de pratique, des choses de cet ordre-là, si vous avez une pratique qui est un petit peu personnalisée, ou un petit peu spécifique, à ce moment là c'est intéressant de nous le signaler à ce moment là. Donc on peut commencer par... MG1 ?

MG1 : Oui, bonjour, je suis originaire de la Savoie, j'ai fait mon internat à Montpellier et je suis montée à Nantes sur un stage de...

RS : Alors, excuse-moi pardon, est-ce que tu peux parler un petit peu plus fort du fait des enregistrements.

MG1 : Yes... j'ai passé ma thèse, euh, c'était en 2015 et je suis en collaboration sur l'île de Nantes avec une autre médecin... euh j'ai eu une formation au cours de mon internat sur les troubles et les pathologies du sommeil, donc voilà, j'ai bossé en vacation au CHU pendant 3 ans et puis là j'ai arrêté à partir de janvier pour mettre dans le cabinet... euh voilà. Et donc mon numéro de téléphone, c'est ça?

LL : Euh, non

RS : Non on n'a pas besoin...

MG1 : J'ai vu "coordonnées"... ou âge ? 33 ans, et bah mon nom de famille MG1.

RS : D'accord. C'est surtout les... Donc MG2?

MG2 : Moi je suis ... je suis médecin à Nantes, j'ai fait ma thèse en 83 et je me suis installé en 86 avec le service militaire et puis des remplacements. euh... Je me suis installé à Nantes euh... je... fais de la médecine générale, principalement... je fais de la médecine générale. Très générale, et même la chose que c'est pas permis de dire à la faculté, je fais aussi de l'homéopathie

RS : D'accord

MG2 : Hein même si c'est pas bien vu, et puis, et puis c'est l'essentiel, j'ai encore quelques années à exercer j'espère, j'ai 63 ans.

RS : Euh MG2, vous exercez en groupe, tout seul?

MG2 : Tout seul

RS : Tout seul, c'est ce que j'ai cru comprendre

MG2 : Depuis le début

RS : OK. D'accord... MG3

MG3 : MG3. J'ai 55 ans. J'exerce seul à Nantes euh... depuis le 1er janvier 97, année de thèse 95, médecine générale pure... depuis 20 ans... un temps complet en médecine générale en ville et un mi-temps salarié.

RS : D'accord

MG3 : Et j'ai 17 ans de salariat... en entreprise.

RS : Salariat en...?

MG3 : En entreprise

RS : En entreprise. D'accord.

LL : Comme médecin généraliste aussi?

MG3 : Comme médecin généraliste, oui, pas comme médecin du travail, comme médecin généraliste.

RS : Dans quel entreprise, MG3?

MG3 : Si...?

RS : Nan, c'est pas...

MG3 : Je ne sais pas si l'entreprise veut qu'on le sache...

RS : Nan, nan, c'est juste...

MG3 : Je suis à la SNCF

RS : Ah oui, d'accord, c'est une entreprise publique quoi?

MG3 : Ah oui oui oui

RS : Tout à fait. Bon ben ça a toujours existé, ça a toujours existé hein les médecins généralistes, les médecins de... SNCF...

MG3 : Ouais

RS : D'accord... MG5?

MG5 : MG5, à Sainte-Luce-sur-Loire, moi, je suis très vieux, 67 ans, je me suis installée en... j'avais 35 ans, (*Appel de MG4 : LL décroche et sort*) je faisais des remplacements avant et je cotisais pas, ni pour la CARMF, ni pour rien parce qu'à l'époque on pouvait pas cotiser, donc là faut que je travaille encore une bonne année pour avoir droit à ... à ma retraite complète.

RS : D'accord

MG5 : C'est pour ça que je travaille encore. Euh j'étais associé longtemps... euh... à Sainte-Luce-sur-Loire. J'ai quitté mon collègue il y a 14 ans. Depuis que je l'ai quitté, je suis vraiment très heureux dans ma profession parce qu'avant c'était... pfff... c'était compliqué l'association à deux, on se... voilà. Autrement, moi j'étais très... j'aimais beaucoup la gynéco et tout, j'ai travaillé très longtemps au centre d'IVG et planification à l'hôpital de Nantes, au Planning Familial, j'ai arrêté quand même parce que... Pfff Pour des raisons de vie, de temps etc...

RS : D'accord

MG5 : Et puis voilà, je travaille tout seul, j'ai 67 ans, je l'ai dis tout à l'heure ouais...

RS : Okay

LL, *raccroche* : Il arrive

RS : Alors là c'est très bien, donc on va pouvoir...

Donc moi je suis Rémy Senand, je suis médecin généraliste moi aussi, donc mon activité principale maintenant reste quand même la fac de médecine. Et je me suis installé en 81, 64 ans.

LL : Et du coup, Lise Lombard, moi je suis remplaçante en médecine générale, j'ai fait mon internat à Nantes et mon externat à Paris, et donc j'ai fini l'internat en novembre... 17 et euh... c'est mon travail de thèse... c'est pour mon travail de thèse que je vous ai réunis. Je vais peut-être aller sur le palier pour qu'il cherche pas dans le couloir...

RS : Oui, oui...

LL *sort*

RS : Et donc Lise a été mon interne au cabinet aussi pendant 6 mois... les 6 derniers mois de son internat.

MG1 : En Saspas?

RS : En Saspas, ouais

Pause dans l'enregistrement de 4minutes, retour MG4 et LL, s'installe

MG4 : Bonjour ! ... Bonjour...

RS : Alors, on a fait un petit tour de, on a fait un petit tour de table, hein. On va pas refaire hein. Alors ce que je disais en préambule sur le plan purement de la... de la technique, je vais vous dire incessamment sous peu de quoi il s'agit au niveau du sujet. Tout va être euh enregistré, euh, en fait, donc si c'est possible de mettre un petit prénom, un petit papier avec les prénoms pour identifier toutes les personnes, alors c'est surtout que comme tout va être enregistré, il faut que Lise lorsqu'elle aura à réécouter tout ça sache, sache qui a parlé.

MG4 *en essayant de plier sa feuille pour qu'on voit son nom, inscrit dessus* : A la fac on faisait des avions mais là... je sais pas faire ça moi...

MG5 : Bah ça va je suis pas le seul... Jvois, ça me rassure un peu...

MG3 : C'est le pré-test

MG4 : J'ai copié sur... j'ai copié sur mon voisin.

RS : Le prénom? MG4. On est bien d'accord. Donc on va demander à MG4 de se présenter un petit peu...

MG4 : Oui

RS : Donc âge, date d'installation, thèse, euh éventuellement spécificité dans la médecine générale ou pas.

MG4 : Ouais, donc j'ai 52 ans, euh... je suis installé depuis... enfin j'ai passé ma thèse en 2000, et je suis installée à Nantes depuis 2008. Euh... j'étais installé avant... dans le Morbihan, enfin, j'ai fait beaucoup de remplacements et euh... avant de m'installer un petit peu dans le Morbihan et avant de déménager pour des raisons familiales sur Nantes. Voilà. J'ai pas de spécificité particulière.

RS : Spécificités particulières...

MG4 : Nan, de la médecine générale...

RS : Traditionnelle

MG4 : Tout ce qu'il y a de plus traditionnelle. Voilà

RS : Classique

LL : Du coup installation à Nantes en...?

MG4 : 2008

RS : Alors, pour en finir avec les petits papiers tient... donnez-en...

MG4 : En groupe... à chaque fois en groupe. Merci

RS : Donc, donc c'est juste une autorisation d'utiliser...

MG4 : Ah oui

RS : Les propos dans le cadre d'un travail de thèse en sachant qu'effectivement, tout est anonymisé bien entendu.

LL : euh... le mode de formation continu, on demande ou pas?

RS : Alors, le cas échéant, oui, on peut demander si... vous avez une formation continue spécifique, si vous adhérez à une association, si vous faites... MG1?

MG1 : Alors moi je suis les réunions de groupe de paires de la SFTG⁷ et puis après, bah, les formations... euh... bah c'est beaucoup les congrès...

RS : D'accord

MG1 : ...congrès du sommeil puis les formations qui sont proposées sur Nantes, enfin dans la région...

RS : Les groupes de paires de la SFTG autrement... MG2? Une formation médicale continue ou pas?

MG2 : Euh moi, beh je fais mon DPC⁸ régulièrement, avec des formations y compris SFTG récemment d'ailleurs, puis bah je suis membre d'un groupe d'homéopathe, Synabaris.

RS : D'accord. MG3, autrement?

MG3 : Moi j'ai abandonné

RS : D'accord très bien.

MG3 : Par faute de temps... et de fatigue... et

RS : D'accord.

MG3 : Je suis comme les ministres, je travaille plus la nuit et le week-end, hein, et, je fais des formations, les DPC sur internet quand j'ai le temps... mais j'ai abandonné c'est un tel bordel que... pff

MG4 : FMC⁹ DPC

RS : D'accord, FMC DPC pour MG4 et puis pour MG5?

MG5 : Alors moi je faisais les FMC par MGform, SFTG comme ça, du temps que c'était payé, là on avait plusieurs, plusieurs, 48h par an, je trouvais ça très agréable de se former en étant payé, autrement, maintenant je fais des FAF¹⁰ quoi en fait, surtout par MGform. Je me forme comme ça, mais je suis pas... et des fois y a quand même des laboratoires pharmaceutiques qui font des... avec des spécialistes, avec des thèmes qui sont des fois intéressants.

RS : D'accord, parfait.... Alors donc euh, je rappelle pour tout le monde ce que j'avais dit tout à l'heure, c'est-à-dire qu'en fait, on ne... on donne pas le thème de... du travail tout simplement pour éviter que les gens y pensent avant, s'organisent, puisque ce qui nous intéresse, c'est ce qui va se passer directement dans votre tête, comme vous allez pouvoir le restituer, en fait. Alors, euh... Donc y a, y a évidemment aucune difficulté dans ce qu'on va vous demander, puisque c'est ce que vous faites tous les jours, en sachant que ce qui va nous intéresser ce soir, c'est... ce qu'on appelle, et ce qu'on connaît bien, les déterminants de la décision : c'est-à-dire que quand on prend une décision médicale, quand on voit un patient, euh à la fin de la consultation, on va prendre une décision, bon, qui peut être de tout ordre possible, une prescription, pas de prescription, une écoute, possible, effectivement, on va prendre une décision. Cette décision, naturellement, elle va être le fruit d'une réflexion, et de cette réflexion, cette réflexion va être construite par rapport à un certain nombre de choses qui vont déterminer notre décision. D'accord, hein. Donc ce qui nous intéresse de savoir c'est, euh, dans votre esprit, quels sont les déterminants... que vous allez mettre en œuvre, lorsque vous avez décidé quelque chose pour un patient à la fin d'une consultation. Donc on pourra y revenir dessus. Donc ce qu'on va vous demander c'est de faire un travail personnel au départ, c'est à dire que Lise va vous donner des post-its euh qui sont euh, pré-identifiés avec vos initiales en fait, hein

Passage des post-its

RS : Voilà. Et donc ce qu'on va vous demander, c'est de mettre... tous les déterminants que vous imaginez possible, d'accord, et puis, en mettant un déterminant, donc ça peut être un mot, ça peut être une phrase en fait, par post-it, d'accord. Donc vous allez en faire 10, 15, 20, 25, bon, si vous en avez davantage, bon, ... Lise

LL : Si y a plus assez d'initiales, vous continuez...

RS : Vous remettez vos initiales de façon à ce qu'on puisse...

MG5 : C'est quoi les initiales, c'est pas mes initiales ça moi?

LL : Qu'est ce que j'ai fait?

RS : C'est un MG5, c'est ptet un Z quand même...

MG5 : MG5.

RS : MG5 peut-être, bon.

MG5 : c'est pas grave

MG2 : Je suis un peu embêté, j'ai pas forcément compris le ... la question

MG1 : Non vous avez inversé les post-its non?

MG2 : Moi aussi?

RS : Nan MG2?

MG5 : Ah bah t'es MG2 et puis t'es MG3 toi

MG2 : Ah oui, ah c'est les initiales, je croyais que c'était les deux premières lettres du prénom.

7 Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

8 Développement Professionnel Continu

9 Formation Médicale Continue

10 Fond d'Assurance Formation

MG5 : Excuse-moi, faudra que tu remettes MG2, j'avais corrigé.

RS : Alors, ce que je veux dire c'est que quand on prend, quand on voit un patient

MG2 : Oui

RS : A la fin de la consultation, on va prendre une décision

MG2 : Oui

RS : Hein ben, qu'est ce qui fait que vous allez prendre cette décision là

MG4 : Plutôt qu'une autre

RS : Plutôt qu'une autre

MG2 : Ce à quoi on tient compte

RS : De quoi vous tenez compte pour faire cette décision là. Qu'est-ce qui va faire que vous allez prendre cette décision à un moment donné. D'accord, en fait.

MG5 : On prend pas toujours des décisions quoi?

MG2 : Si ! on prend la décision de rien faire des fois.

RS : Ne rien faire c'est une décision, hein. Ne rien faire c'est une décision. Donc qu'est-ce qui dans votre, dans votre schéma de fonctionnement, qu'est-ce qui va déterminer la décision que vous allez prendre

MG3 : Oui, mais le déterminant est pas forcément médical

RS : Ah pas du tout, ça c'est à vous de voir. Moi je n'interviens pas là-dessus, c'est tout ce que vous pensez comme... qui va faire. C'est à vous de voir tous les déterminants possibles... Donc vous en mettez un, par papier, et puis, quand vous aurez terminé, je vous demanderai de les hiérarchiser c'est-à-dire qu'est-ce qui vous paraît, finalement, le, le plus souvent, le plus fréquent, qu'est ce qui va être quelque chose qui vous paraît avoir du sens, voyez ce que je veux dire, d'accord. Et puis une fois, quand tout le monde aura fini, euh, chacun son tour, si vous voulez, vous mettrez... là au tableau votre premier déterminant. Chacun viendra mettre son premier... Je vous expliquerai après en fait... D'accord? Donc réfléchissez, prenez votre temps, et puis vous imaginez qu'est-ce qui , qu'est-ce qui détermine votre décision médicale. ... Est-ce que je me fais bien comprendre ou pas?

MG1 a commencé rapidement à noter des idées, suivi de MG2, puis de MG3

MG5 : Ben c'est pas d'après un patient en fait?

RS : Nan, c'est d'une façon générale

MG3 ? : C'est notre pratique

RS : Oui, notre pratique

MG5 : C'est compliqué...

RS : D'une façon générale, qu'est ce qui fait qu'on va au bout du compte, à la fin de la consultation, dire voilà, je vous propose ceci, je vous fait ça, etc...

Travail individuel pendant 4 minutes. MG5 a débuté en dernier. Il regarde longuement quelques post-its...

MG3 tri ses papiers... puis recommence à noter des idées. MG4 réfléchit. MG1 note beaucoup de choses...

RS : Donc allez-y hein, n'hésitez pas à en mettre, tout ce qui vous passe par la tête, si je puis dire... donc tout ce qui va motiver ou influencer votre décision, enfin la décision que vous allez prendre, elle va être motivée par un certain nombre d'éléments, ou influencée par un certain nombre d'éléments, qu'est-ce qui motive ou influence, si je peux dire, pour résumer un peu, les décisions que vous prenez dans le cadre de votre exercice quotidien.

... MG3 et MG4 se remet à écrire

MG2 : Pfff... Par contre c'est impossible de hiérarchiser.

MG1 : Ouais je crois que ça va être dur.

MG2 : C'est impossible

RS : Nan, mais ça, c'est... C'est pas surprenant.

...

Y a MG2 qui a l'air de souffrir là.

MG2 : Non ça va, j'ai pas de hiérarchie c'est...

RS : C'est pas une... Si vous pensez pouvoir les hiérarchiser vous le faites, si vous dites "moi je peux pas hiérarchiser" on mettra les, les, les post-its au fur à mesure comme ils... comme ils arriveront.

MG2 : Y'en a que je mets devant les autres, autrement les autres je peux pas hiérarchiser

RS : D'accord.

MG1 : Je suis encore à chercher, je suis la seule encore à chercher, vous êtes tous à classer... *rit*

RS : Non non, faut... on est là pour... réfléchir

MG5 : Ça nous fait travailler sur nos pratiques, c'est intéressant.

LL : C'est ce que j'avais vendu

RS : Ben c'est ce qu'est attendu hein, c'est oui. Puis au départ on dit beh non y a rien, puis finalement ben tu vois il y a quelques papiers quand même.

MG5 : Oui, oui, *rit*

Le travail individuel se poursuit. MG3 et MG1 semblent encore très actifs.

RS : Donc MG2 et MG1, a priori, ont des difficultés à hiérarchiser.

MG4 : Ben oui, moi aussi

MG2 : Y'en a un que je mets devant les autres et puis...

RS : MG4 aussi a des difficultés à hiérarchiser.

MG4 : Hum

RS: Et MG3 ?

MG3 : Non...

RS : MG3 a pu hiérarchiser un petit peu ?

MG3 : Oui, oui très bien.

RS : MG5 ?

MG5 : Il me semble, j'en sais rien... Tout ça ça raconte un peu la même chose, mais de manière différente.. en fait

RS : On reverra un peu tout ça

MG5 : On fera une formation derrière sur euh ce truc-là

RS : C'est justement l'intérêt de ne pas dévoiler le sujet, c'est d'arriver brut de décoffrage et d'y réfléchir sur l'instant

MG5 : Sur l'instant ouais. Sauf que j'y réfléchis pas mal quand même

RS : Normalement vous y avez pensé quand même dans votre exercice

MG5 : Ben ouais, surtout oui, surtout, avec les années qui passent.

....

RS : Est-ce vous pensez avoir fait le, le tour ? N'hésitez pas à rajouter si... De toute façon, on va faire un, on va les mettre là sur le tableau, et puis ensuite, peut-être que, en discutant, certains d'entre vous auront de nouveau des éléments qui... qui viendront à l'esprit.

MG4 : Non pas de post-it, de, de nourriture intellectuelle j'en ai assez...

LL : A boire également peut-être ? Eau, cidre, ou jus de pomme framboise ?

MG4 : Je veux bien un peu de framboise... Merci

LL : Et MG4 ? Cidre, jus de pomme framboise, autre chose ?

MG4 : Jus de pomme

RS : Bon, vous pensez avoir fait le tour? Bon, on va ptet tourner dans ce sens-là, donc MG1, peut-être le premier ?

MG1 : L'âge du patient

RS : Age du patient, alors...

MG1 : On met tout ça là-bas ?

RS : Oui, tu le mets dans un endroit, où tu veux... Ensuite, les uns ou les autres, on remettra dans des zones à peu près correspondantes tu vois, tu le mets où tu veux, donc âge du patient... alors après on va faire un... MG2 ?

MG2 : Premier de tous ?

RS : Oui, premier de tous

MG2 : Alors premier de tous, les autres c'est pas hiérarchisable

RS : Non, non, bon.

MG2 va coller son post-it au tableau

MG1 : Alors c'est quoi ?

MG2 : *Primum non nocere*

RS : D'abord ne pas nuire, *primum non nocere*. D'accord

MG5 : Une sorte de fuite ça

MG2 : Comment ? Ben non, c'est la première priorité pour moi

RS : Ah tout à fait. MG3. C'est un déterminant. MG3 ?

MG3 : Le degré d'urgence à l'appel

RS : Degré d'urgence, d'accord

MG4 : Bon c'est pas très hiérarchisé non plus. Compréhension.

RS : Compréhension. D'accord. Est-ce que tu peux expliciter un petit peu ce que tu entends pas compréhension ?

MG4 : Ben dans les deux sens en fait. La compréhension du patient et la compréhension de la part du patient

RS : Là tu parles de la communication, plutôt sur le versant communication

MG4 : Hmm

RS : D'accord

MG1 : Est-ce qu'on vient mettre les post-its qui réfèrent au même thème au fur et à mesure ?

RS : Oui après. Alors MG5 ?

MG3 : Par contre, dans le questionnaire que vous avez fait, et dans la décision que vous demandez, là ce que vous n'avez pas demandé là, c'est qui avait un secrétariat. Parce que c'est quand même très... notre action va être différente suivant qu'on ait un secrétariat ou pas de secrétariat.

MG4 ? : C'est vrai

RS : Oui, mais ça ça peut faire parti des déterminants que, qui pourront être notés

MG3 : Oui, mais vous après pour les classer... Moi j'ai pas de secrétariat, c'est moi qui répond à mon téléphone. Donc le degré d'urgence, c'est moi qui l'apprécie, c'est pas ma secrétaire.

RS : C'est ça

MG3 : Oui, mais les autres ont peut-être des secrétaires.

RS : Ça, c'est un élément, mais qui ne sera pas forcément, euh, comment dirais-je, discriminant dans tout ça. Mais ça fait parti, il suffit de le mettre, dans, dans les déterminants, secrétariat ou pas secrétariat en fait, d'accord. Euh, MG5.

MG5 : Oui, un patient arrive, je vous écoute, est-ce que je connais le patient ou non, est-ce qu'il a une pathologie ou non

RS : D'accord. Donc c'est connaissance du patient...?

MG5 : Ou non, ou et puis s'il a une pathologie connue ou pas. Parce que souvent, dans notre métier y a 90% des gens qu'ont pas de pathologie grave.

RS : Donc est-ce qu'on remet ces éléments-là en même temps ?

MG5 : Je sais pas

RS : On peut les mettre les uns à côté des autres

MG5 : Je trouve que ça va ensemble en fait... La première fois qu'on voit un patient, si on le connaît pas, c'est plus compliqué et ça dépend s'il a une pathologie ou pas quoi en fait

RS : Donc c'est la même chose

MG2 : J'en ai oublié un, tien

MG5 : Hein ?

MG2 : J'en ai oublié un

MG5 : Après je sais pas quoi en fait.

RS : Donc connaissance du patient

MG5 : Ben si on le connaît, si il vient pour un... si on le connaît bien, si on connaît sa pathologie... Si on connaît un patient depuis longtemps, qu'on lui annoncé quelque chose de pas très sympathique pour lui ou pas quoi. En fait c'est, c'est compliqué tout ça

RS : MG1, 2e...

MG1 : Signes de gravité

RS : Signes de gravité. Alors peut-être...

MG5 : Ça revient un peu à ce que je disais là voilà

RS : Alors signes de gravité, y avait quelque chose sur l'urgence hein,

MG1 *lit les post-its* : *Primum non nocere*, compréhension, le degré d'urgence.

RS : Sur le degré d'urgence.. Voilà, on peut le mettre en même temps

MG1 : On se lève tous, comme ça on n'a pas à faire le tour à chaque fois

RS : Oui oui, tout à fait, on peut faire comme ça aussi. Oui plutôt un par un, de façon à ce qu'on puisse...

MG1 : Mais on se met ici, on va pas tourner autour de la table...

RS : Donc là c'est quel...?

MG2 : C'est une autre, c'est plus une priorité, c'est comme les autres

RS : Non non d'accord. C'est quel déterminant là ?

MG2 : Quelle est la demande du patient, ce qu'il veut exactement

RS : La demande du patient, d'accord... Alors euh... La demande du patient.... On peut le mettre par exemple ici, on va le mettre là, comme ça on va faire...

MG2 : Qu'est-ce qu'il veut, qu'est-ce qu'il attend

MG4 : Mon déterminant, c'est la confiance

RS : MG4, la confiance, on peut peut-être le mettre avec la demande du patient peut-être

MG4 : ouais

RS : Éventuellement.

MG3 : Moi c'était l'anxiété

RS : MG3 ?

MG3 : L'anxiété du patient

RS : On peut peut-être le même dans ce coin là avec la confiance là, je sais pas. MG5 ?

MG5 : Oui, bon y avait l'attente du patient donc c'est pareil

RS : La demande du patient, l'attente

MG5 : Les symptômes, ça peut partir dans l'urgence en fait. Les signes de gravité en fait *Pose plusieurs de ses post-its à la suite*

RS : Oui

MG5 : Sa demande, son attente, c'est un peu la même chose quoi en fait.

RS : Oui

MG5 : Ses plaintes, c'est à peu près la même chose

RS : MG5, les plaintes, symptômes c'est la même chose

MG5 : La somatisation, parce qu'on a plein de patients qui somatisent hyper

RS : Tu mettrais ça là aussi

MG5 : Et qu'est-ce qu'il vit, c'est quoi sa vie, enfin, s'il est... essayer de savoir ce qu'il vit, son métier, son...

RS : Tu mettrais ça où ?

MG5 : Je trouve que c'est hyper important de savoir... sa vie, quoi, son travail, s'il est avec quelqu'un ou pas... et cetera et cetera

MG1 : Dans la connaissance du patient

MG5 : Oui, la connaissance du patient, ouais. Bah tu vois, c'est un petit peu oui...

RS : D'accord.

MG5 : J'ai plus rien

RS : Oui, parce que... Donc MG5 s'est débarrassé donc

2 conversation à la fois

MG2 : Le patient peut-il être vu ultérieurement ou pas, c'est-à-dire est-ce que je suis à même de suivre le patient ou pas après ma, ma première consultation... Ça, ça tient, la décision peut... savoir si il s'en va, si il va loin, s'il va voyager, ou si il change de ville, je pourrais pas suivre l'évolution de sa pathologie... la décision peut en tenir compte

RS : La possibilité de suivre le patient

MG2 : Oui, qu'il y ait un suivi ou pas

RS : D'accord

MG2 : ultérieur

MG3 : C'est mieux de tout mettre d'un coup parce que c'est la même pensée...C'est une pensée unique

RS : Oui, ben on fait comme ça à ce moment là... Oui, ben les uns à la suite des autres

MG5 : En plus il faut faire attention à ce qu'on dit

RS : L'un après l'autre surtout

LL : Si ça vous embête pas

MG2 : je suis désolé, j'ai mis âge du patient aussi

RS : C'était quoi ?

MG2 : Age du patient, pareil

RS : D'accord

MG2 : Interférence de l'activité, si je suis débordé ou pas, la décision peut être différente.

RS : Donc si le médecin est débordé ou pas

MG2 : Donc si je suis débordé je demande plus d'examen complémentaires pour que ça aille plus vite

RS : D'accord, oui, très bien

MG2 : C'est un peu dommage mais.... Je mets ça où ?

RS : Où tu veux

MG2 : Je suis pas fier alors je le mets en bas... Je l'ai mis à l'envers d'ailleurs... Ça colle pas

RS : Si ça colle, mais dans ce sens là... *Rire de MG1*. C'est pas grave. On va le retourner comme ça

MG2 : Vous pouvez y aller parce que... Je me sens très seul là

MG4 : Moi c'est la capacité d'écoute quoi, qui peut influencer sur la décision.

LL : Ça c'est MG4 qui le dit

RS : MG4 parle de...

MG4 : Je ne sais pas où le mettre. Notre capacité d'écoute là

RS : Capacité d'écoute

MG1 : Et ben, ça vient aussi avec le degré d'urgence, si on est débordé ou pas, avec le débordement, nan moi je trouve

RS : Ben ça dépend, c'est à vous de voir, ben, ce que vous voulez faire, donc capacité d'écoute

MG4 : Capacité à expliquer aussi

RS : Capacité d'expliquer oui

MG4 : Je sais pas où... on le met avec la compréhension je pense

RS : D'accord

MG3 : Moi j'ai les facultés intellectuelles du patient à comprendre, ça doit être, a priori, ici

RS : Donc pour MG3 les facultés intellectuelles du patient

MG3 : Ah bah c'est, j'ai marqué deux fois la même chose : l'aptitude du patient à comprendre ou à rappeler... C'est pareil. L'âge

RS : L'âge du patient

MG3 : Le jour où il consulte : si c'est un lundi ou un samedi

RS : D'accord

MG3 : C'est, à mon avis, pas la même attitude

RS : Peut-être de mettre ça avec la surcharge de travail ou pas.

MG3 : L'heure, parce que quand il téléphone à 7h et demi je suis bien plus disponible que quand il téléphone à 8h le soir, où il commence à me gaver

RS : D'accord

MG3 : Euh, les problèmes d'adhésion du patient au traitement, c'est pas la même décision à la fin qu'au début. Je sais pas où ça se trouve... Ben dans les facultés intellectuelles - s'il adhère pas

RS : L'observance du patient, c'est ça... d'accord

MG3 : L'ancienneté du patient dans la clientèle

RS : L'ancienneté du patient... alors, ça avait déjà été noté, si on le connaît... euh... connaissance du patient ou non, les pathologies, d'accord

MG3 : Le temps écoulé entre le moment où il nous appelle et le début de sa maladie... dans le degré d'urgence. Le lieu où il vit, s'il est en maison de retraite ou seul...

RS : D'accord, on va mettre ça par là.

MG3 : La surveillance c'est pareil, c'est comme le lieu de vie.

RS : La surveillance ça veut dire ?

MG3 : Ben la surveillance, s'il est en maison de... enfin, la surveillance, s'il a un tiers qui peut le surveiller ou s'il est célibataire, seul...

Quelqu'un : l'entourage

RS : Donc, c'est l'entourage.

MG3 : Euh... La chronicité de sa maladie, si c'est la première fois ou pas

RS : Oui, ça avait été...

MG1 : Dans les antécédents

RS : Oui, c'est dans les antécédents

MG3 : l'expérience passée, c'est-à-dire mon expérience à moi vis-à-vis de ce type de pathologie ou autre

RS : Donc l'expérience, l'expérience du médecin là du coup.

... cherche où placer le post-it

Ben ça peut peut-être, faire partie de ça du coup

MG3 : Et le dernier c'était le temps d'attente des examens complémentaires.

RS : Temps d'attente des examens complémentaires.

MG3 : Une case HAS, là.

Rires de MG1 et autres

MG1 : Examens paracliniques.

RS : Donc les examens paracliniques. Ben ça peut être mis dans les éléments de... de choses comme ça, d'accord

MG2 : Si le patient parle français ou pas du tout

MG1 : C'est MG2 qui parle

RS : Oui, ça fait partie de...

MG2 : C'est à l'envers, désolé.

RS : Y a pas de mal.

MG2 : Capacité du patient de prendre son traitement, ça avait été dit

RS : Donc ça avait été mis, là-bas je pense nan, l'observance non... par là

MG2 : Antécédents personnels du patient, allergies, autres, antécédents familiaux... tous les antécédents.

RS : Donc ça fait parti des antécédents.

MG2 : Pour la décision, faut que je décide pour l'histoire des post-its aussi...

Qualité relationnelle avec le patient, ça a été mis aussi

RS : Alors les qualités relationnelles... euh... Oui, ça a été mis, c'était par là je pense euh... OK... sa demande... C'est MG4 qui avait mis ça quelque part par là je crois...

MG2, *difficile comprendre* : qualité relationnelle avec le patient, savoir si c'est en confiance ou pas... lien de confiance

MG4 : La confiance quoi

MG1 : La confiance vous l'avez mis tout à droite là bas... sur la droite

RS : La confiance ça avait été marqué là.. voilà

MG2 : Bon, j'ai mis feeling personnel aussi, ça m'arrive

RS : Oui, oui, complètement, pourquoi pas, bien sur.

MG2 : Faut pas trop en tenir compte. Connaissances acquises, évidemment, faut en tenir compte. Ça fait parti des éléments de la décision

RS : Les connaissances, alors, quelqu'un avait marqué l'expérience... hein, l'expérience... là ici

MG2 : Et puis j'ai mis... absence de diagnostic clair, si le diagnostic est pas clair, c'est des décisions pas pareilles que si on sait ce qu'il a.

RS : D'accord, donc euh... Où est-ce qu'on peut mettre... L'absence de diagnostic clair

MG1 : Ben dans compréhension, là, peut-être ?

MG2 : C'est pas compréhension... Ça va être comprendre ce que le patient a

MG3 : Ben dans le degré d'urgence, hein, c'est la même chose, soit c'est simple et c'est pas urgent, ou si c'est urgent...

MG2 : Ben nan, si tu sais ce qu'il a, ou tu sais pas ce qu'il a

RS : C'est ça. Là c'est la notion de diagnostic, c'est ça. Soit tu as le diagnostic soit tu l'as pas. Ou le diagnostic est incertain

MG2 : Voilà, c'est ça. Si au bout de 20 minutes tu as toujours pas trouvé ce qu'il a, c'est pas la même décision que si tu sais très vite ce qu'il a

RS : On peut mettre ça dans ce cadre là, on mettra ça ensuite.

MG2 *en se détournant, marmonne* : Oh puis l'autre, c'est l'habitude personnelle, c'est pas important

LL : Oh ben si, moi ça m'intéresse.

RS : L'habitude ?

MG2: L'habitude personnelle

Rires

RS : Si si

LL : Ils m'intéressent tous !

RS : Si, si, c'est un petit peu avec l'expérience ça.

MG2 : Ouais

MG4 : C'est quand même le médecin qui consulte le plus important, en fait

MG2 : C'est ptet plus ? que l'expérience ?

RS : MG1, t'avais ?

MG1 : Alors moi, j'avais mis les signes d'examen clinique

RS : Ouais, d'accord

MG1 : Les résultats des examens paracliniques que mes patients peuvent m'apporter

RS : Oui

MG1 : Les changements par rapport à l'état habituel du patient, rupture par rapport à l'état antérieur, je crois qu'on l'avait déjà mis quelque part, que c'était...

RS : On peut peut-être mettre ça par rapport à ça, comme on est dans...

MG1 : L'insistance des personnes qui accompagnent

RS : Oui...

MG1 : Peut-être ici... Une formation récente sur le thème

RS : Oui, une formation continue éventuellement

MG1 : La possibilité de revoir la personne rapidement si besoin

MG2 : Le suivi

MG1 : Ça ça a déjà été dit...

RS : Ça a déjà été dit, c'est...

MG1 : Faut-il revenir ultérieurement. La fiabilité de l'entourage et des personnes qui surveillent.

RS : Oui, surveillance entourage.

MG1 : La fragilité du patient, ça va être dans les antécédents. L'attitude paraverbale du patient.

RS : Donc là on est dans la communication.

MG1 : Le temps qu'on a de disponible.

RS : Le temps disponible, ouais, donc ça peut être mis à ce niveau là.

MG1 : L'accès à des aides cognitives, sur internet ou des livres au cabinet, ou des choses comme ça qui permettent de prendre la décision.

RS : Peut-être mettre ça sur les éléments de formation.

Rire (de MG4 ?) - MG4 épaté par les post-its de MG1

MG1 : Est-ce que c'est une demande qui a été faite en urgence de la part du secrétariat, ou pas, et donc accès au secrétariat et trucs d'urgence.

MG3 ? : Ben là au milieu, degré d'urgence c'est pareil. Là tout en haut.

RS : Degré d'urgence mais c'est la capacité, ce que tu dis MG1, c'est le secrétariat ?

MG1 : Ouais, c'est le secrétariat qui dit, bon là, est-ce que tu peux... qu'à caler quelque chose entre les deux et bon...

RS : Est-ce qu'on peut mettre ça, parce que ça dépend du jour, de l'heure, de ces choses là.

MG3 : C'est pour ça que c'était important de mettre ceux qu'avaient un secrétariat et ceux qu'en avaient pas dans la décision

RS : Tout à fait.

MG1 : Les outils qui sont disponibles ou non au cabinet, est-ce qu'on a un ECG, est-ce qu'on a possibilité de faire des recueils de prélèvements ou pas ?

RS : Donc c'est aussi dans ce... peut-être, là...

MG1 : La possibilité d'avoir un avis de spécialiste par téléphone ou autre... Je le mets pareil ici.

RS : Oui.

MG1 : Si y a eu des accumulations de problèmes non médicaux dans la journée, par exemple des pannes de téléphone, d'internet, de Ameli et qu'on en peut plus... le contexte

RS : Donc c'est un ptit peu ça

MG1 : L'intuition, ça avait déjà été avec le feeling
RS : Oui
MG1 : Euh est-ce qu'on est à domicile ou est-ce qu'on est au cabinet
RS : Oui, donc, le lieu...
MG1 : Le lieu
RS : Ben là on avait le jour donc on peut mettre le lieu
MG1 : Est-ce qu'il y a un dossier médical qui est bien tenu, pas tenu, informatisé ou non
RS : Donc ça c'est peut-être la connaissance des antécédents non?
MG1 : Ouais, c'était là je crois
RS : Oui par là
MG1 : L'expérience du généraliste, ça a déjà été mis quelque part
RS : Ça était déjà mis... alors je ne sais plus où exactement... on le retrouvera, d'accord
MG1 : Est-ce qu'il y a eu des erreurs médicales sur d'autres patients avant qui font qu'on a changé notre manière de faire
RS : Oui, donc là c'est un peu l'expérience non?
MG1 : Oui.
RS : Alors l'expérience... Voilà.
MG1 : Ouais... Si on sort ou pas de vacances.
RS : Oui... là...
MG1 : Si on a eu des bon stages ou une bonne formation initiale dans le domaine ou pas.
RS : D'accord.
MG1 : Quelle est la relation médecin-malade et la possibilité de réfléchir, d'interagir avec le patient, ça ça va être... ce serait par là nan... Adhésion au traitement etc... Est-ce qu'il y a des échelles disponibles, des scores de gravité qui nous permettent de faire notre... euh... diagnostic. Je sais pas je vais le mettre dans paraclinique machin...
RS : Oui.
MG1 : L'heure de la journée... et le nombre de patients vus dans la journée.
RS : D'accord. Oui, si tu veux.
MG4 : Deux trois encore...
MG1 ? LL ? : Oui, il en reste, pardon
MG4 : J'ai été pas mal inspiré alors... on dirait nécessité de décision, je crois que ça revient avec l'urgence et tout ça
RS : C'était par là. Le degré d'urgence, signes de gravité.
MG4 : La forme, euh la forme dans laquelle on est, donc ça revient avec.
RS : Oui, c'est là, tout à fait.
MG4 : Et puis le contexte, qui est aussi là-dedans...
RS : Le contexte, qu'est-ce que tu entends par le contexte ?
MG4 : Le contexte de la journée, les vacances, le tout ça quoi.
RS : Alors. Est-ce qu'il y a aura d'autres éléments ? Est-ce que ... à la lumière de tout ça, vous voyez d'autres éléments, qui vous viennent en tête ? Parce que déjà y a plein, plein, plein de choses qui ont été mises... .. Pas spécialement.
LL prend en photo les post-its au tableau
MG3 ? : Pas spécialement, non.
RS : Alors si on essaye de, de, de résumer... si on essaye de résumer un petit peu ce qui a été dit, vous me direz si, si vous vous trouvez là-dedans... euh... Y a des éléments de contexte, hein... jour, heure, si on revient de vacances etc... etc... des éléments de contexte. Euh... Y a des éléments qui sont plus centrés sur la vie du patient... hein, c'est ce qui me paraît se dégager de ce qui est dit là. Y a des éléments où on est plus, sur, on va dire... l'approche diagnostic, hein, degré d'urgence et avec quoi on fait le diagnostic, si ça vous convient, hein, donc, les éléments paracliniques, les éléments d'examen à proprement parler... euh y a des éléments qui ont lieu à la relation médecin-patient, la communication, qui sont notés ici, de ce côté là, et puis, y a des éléments qui sont liés à la formation même, aux possibilités de, comment dirais-je, d'améliorer ses connaissances et ses compétences, en fait. Alors, c'est ma première approche, est-ce que vous voyez d'autres choses, est-ce que ça vous...
MG3 : On vit tous la même chose.... à peu près
RS : Ah bah oui, tout à fait
MG3 : On l'exprime de façon différente, ou en fonction de notre retour de vacances ou départ, mais on vit tous la même chose
MG3 : Enfin, jeune ou âgé, quoi
RS : Quoi?
MG3 : Jeunes ou moins jeunes
RS : Ouais, tout à fait. Est-ce que vous vous retrouvez tous là-dedans ou pas ?

MG4 : Ouais, complètement. *Ils acquiescent*

MG2 : L'âge du médecin compte pas, mais l'âge du patient compte beaucoup.

RS : Oui, ça c'est MG2, qui dit que l'âge du patient compte beaucoup, mais l'âge du médecin ne compte pas, c'est ça ?

MG2 : Ben oui, c'est ce qu'on vient de dire

RS : Alors, ceci étant...

MG1 : Si, parce qu'il y a l'expérience du médecin

RS : Ceci étant, c'est ce que j'allais dire, alors MG1 parle de l'expérience, est-ce que cette expérience est corrélée à l'âge ?

MG1 : Si

MG2 : Un peu. Un peu quand même. Mais ceci étant dit, quelque soit notre âge, on a tous quand même la même vision des choses

RS : Voilà. Là encore, je répète un peu ma question, est-ce que vous voyez d'autres éléments qui vous viendraient en tête par rapport à ce qui a été dit là? Qui soient de nature à ...

MG3 : Après, si, il manque quelque chose, c'est peut-être l'anxiété du médecin lui-même.

RS : Alors, ça c'est un élément.

LL : MG3, anxiété du médecin.

RS : Donc, là effectivement, c'est aussi un élément, c'est-à-dire

MG3 : C'est l'anxiété, pas du patient mais du médecin lui-même.

RS : C'est... MG3 parle du médecin, mais, vous avez remarqué que c'est la première fois que vous parlez de vous ?

MG5 ? : Mais ça lui vient à l'esprit comme ça

MG4 : Si, si, on a pas mal parlé, de, de l'état dans lequel on se trouve, pour prendre une décision

MG2 : Qu'on était débordé ou...

RS : Oui, on a parlé au niveau des vacances, des choses comme ça

MG1 : La personnalité du médecin

MG3 : Ou sa pathologie psychiatrique, mais... *rire*

RS : Là... Nan, mais pourquoi pas, pourquoi pas en fait

MG5 ? : On focalisait pas dans ce sens là alors

MG4 : Mais moi je le mettrais, je le mettrais plutôt, l'anxiété, avec tout ce groupe là...

RS : Avec ce groupe là. Donc on mettrais plutôt l'anxiété dans les éléments qui font la vie du médecin, dans son contexte, là

MG2 : Ben c'est une focalisation externe, c'est-à-dire tu regardes les éléments qui te... qui à toi font parti de ta décision, des éléments de ta décision, tu fais pas la focalisation dans l'autre sens, où ça dépend du médecin, c'est-à-dire c'est l'inverse, comme raisonnement.

MG4 : Oui, sauf que parfois, on devrait pas finalement, on devrait pas être trop influé par...

MG3 : Il peut y avoir des éléments perturbateurs extérieurs dans sa vie qui font que le médecin ne va pas avoir la même réaction parce qu'il a une anxiété ou il a eu un accident, ou il a eu un dégas des eaux, ou ses gosses sont je ne sais pas à faire quoi...

RS : Oui, tout à fait.

MG4 : Voilà.

RS : Donc, un évènement, mais... dans ce que tu disais, l'anxiété du médecin.

MG3 : Oui, sur le phénomène intercurrent.

RS : On sait très bien que certains médecins anxieux vont être amenés parfois à sur-protéger ou bien à sur... C'est dans ce sens-là que tu voulais dire ?

MG3 : Oui tout à fait, tous les éléments extérieurs de la vie du médecin qui font qu'il a une anxiété...

MG4 : Qui influe ou qui... même si on essaie de faire en sorte que ça influe pas trop.

RS : MG4 oui ? Tu disais que... Que tu essaies de te détacher de ça ?

MG4 : Ben c'est des éléments qui interagissent sur nous, même si on essaie de lutter contre, mais je pense que effectivement...

MG3 : Ben le médecin qui est en groupe et qui est en train de divorcer de son groupe, ça va certainement influencer sur sa consultation...

MG4 : Ben voilà, de toute façon... on est d'accord.

MG3 : Et si il divorce de sa femme pareil... *Rire de quelqu'un (MG4 ?)* Ben oui

RS : Donc tous les évènements familiaux ?

MG3 : On n'est pas moins humains...

RS : On n'est pas moins humains, c'est vrai.

MG3 : On n'est pas moins humains, nous.

RS : Tout à fait, tout à fait, on entend bien... Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose d'autre par rapport à ça, ou quel commentaire vous feriez... Alors y a un commentaire qu'a fait MG2 qui est que finalement vous vous retrouvez tous dedans, c'est ça ?

MG5 : Ben je trouve.

MG3 et MG4 acquiescent.

MG1 : Le coût, ça pourrait aussi être un élément de...

RS : Le...?

MG1 : Le coût, des examens complémentaires, des traitements, même si nous, on n'est pas tout à fait directement confrontés, des fois on peut se dire que... si y a eu plein d'examens au fur et à mesure, parfois on va se dire, on va en refaire un, pour le coup, ou quelque chose comme ça, ça peut agir je pense...

RS : Alors MG1, quand tu dis le coût, tu penses au coût pour le patient, pour la société ?

MG1 : De ce que coûte l'examen, pas forcément pour le patient mais pour la société en fait...

RS : D'accord, c'est un élément...

MG1 : Dans les arrêts de travail, dans les bons de transport... Je ne sais pas... dans la prise en charge etc...

RS : D'accord, le coût de la prise en charge, au sens large du terme.

MG1 : Ouais, c'est ça. *MG4 acquiesce aussi.*

MG5 : Et c'est dommage.

MG1 : Mais c'est un élément déterminant aussi quand même.

MG5 : Y a 30, 35 ans, on ne se posait pas toute ces questions là et je pense qu'on était beaucoup plus... proche des patients. Maintenant, on est toujours là, qu'est-ce que va dire la CPAM, j'ai fait encore un arrêt de travail, et puis... Je trouve qu'on travaille dans des conditions de plus en plus difficiles.

MG2 : Je pense qu'il faut prescrire un examen par forcément le moins cher, mais le plus adapté.

MG5 : Peut-être plus adapté, mais je ne sais pas si on dépensait vraiment beaucoup d'argent... J'en sais rien.

MG2 : Une radio des sinus, ça coûte moins chez qu'un scanner des sinus, mais c'est beaucoup moins utile.

MG5 : J'en sais rien, on va faire des merdes, parce que les gens somatisent tellement de plus en plus, un jour ou l'autre on risque de passer devant une tumeur cérébrale, enfin c'est, enfin y a les signes et... moi ça me fait un peu peur ça.

MG3 : Non, ce qu'il faut savoir c'est que la santé c'est 2% du PIB français et qu'actuellement, on ne peut pas s'asseoir sur 2% sur PIB français, donc plus la médecine consomme, plus la France est riche. C'est tout. C'est ce qu'il faut comprendre, en médecine, c'est ça.

MG2 : Ouais - *dubitatif.*

MG3 : L'HAS peut dire ce qu'elle veut, tout le monde peut dire ce qu'ils veulent, c'est 2% du PIB français. On est la seule entreprise qui fournisse 2% du PIB français. Donc on peut y aller plein pot, y a que nous qui faisons vivre la France !

Rires. MG2 et MG5 ne semblent pas d'accord.

MG5 : Dit comme ça alors... on y va plein pot - *en riant.*

RS : Ça c'est MG3, je précise, pour l'enregistrement.

MG2 : Objection, parce qu'il y a le coût aussi. Y a le bénéfice et y a le coût.

RS : Alors...

MG2 : Même si le coût est pas pour moi complètement déterminant

RS : Est-ce, bon, pour ce qui nous intéresse, c'est-à-dire les déterminants, pour MG1, le coût est un déterminant, mais quelque part, ce que tu disais, en attendant, la radio des sinus *versus* le scanner...

MG2 : Le scanner est quand même plus intéressant, même s'il est plus cher. La radio après, tu peux très bien avoir une fausse sinusite, ou une anomalie des sinus sans la trouver, sur une radio.

MG1 : On peut rajouter aussi, MG1, du coup, la disponibilité des examens complémentaires, dans combien de temps on peut avoir un examen complémentaire.

MG3 : C'est ce que j'avais marqué, là-bas, c'est ce que j'avais marqué dans la case HAS.

RS : Oui, c'est ça, la disponibilité...

MG1 : HAS, d'accord !

MG3 : Ben oui

RS : La disponibilité, mais c'est effectivement, la disponibilité des examens, ça reste un déterminant.

MG2? : Tout à fait

MG1 : Elle est où la case HAS ?

MG3 : Je sais plus, j'avais mis ça là au bout, parce que, comment s'appelle... je sais plus ou j'avais mis ça... .. Ça s'appelle le temps des examens complémentaires...

RS : Le temps d'obtention des examens complémentaires. Bien, est-ce que vous voyez d'autres choses? Parce que vous avez déjà plein plein plein de choses de posées

MG2 : Je sature un peu...

...

RS : Bon... Euh, mis à part le fait que vous vous retrouviez tous dans ce qu'à été dit là, est-ce que vous voyez d'autres réflexions un peu plus générales sur votre activité de médecins généralistes, par rapport à, par rapport à ces déterminants là, est-ce que vous avez d'autres réflexions à faire

MG5 : Mois je trouve que le patient va être de plus en plus un numéro, et c'est plus un être humain. On juge le patient en fonction de sa pathologie, et faut le soigner en fonction de sa pathologie et moi je trouve ça depuis 4-5 ans là, que ça glisse euh... y a un truc qui me pfff... *soupire*

MG2 : Ben c'est la pression qui existe au niveau du formatage... mais on n'est pas forcément, le format est pas forcément en adéquation avec ce genre de chose.

RS : Chacun, chacun son tour...

MG5 : Moi, je sais pas, là-dedans... Après, je ne sais pas, c'est l'impression que j'ai que en fait... le patient c'est plus un individu qui a un diabète, il est avant tout diabétique, et on se fout qu'il soit un individu... et je trouve que la société, mais dans plein d'autre..., partout partout, glisse vers une sorte de normalisation, qu'on se ressemble tous et tout, moi je trouve ça... pfff

RS : Si je...

MG5 : Et j'avais lu en fait que y avait des jeunes internes qu'avaient fait une pétition, je ne sais plus dans un hôpital et tout, ils en avaient marre quoi en fait, c'était... ils disaient qu'ils travaillaient trop par protocole et que c'était de plus en plus fatigant... on a des protocoles quoi, il faut qu'on travaille par protocole de plus en plus...

MG2 : Mais on n'est pas obligé d'être soumis à ce genre de formatage

MG4 : Oui, c'est ça en fait

MG5 : Mais de plus en plus les jeunes médecins vont être soumis à ce genre de chantage

MG4 : Mais c'est nous qui restons acteur. Donc à nous de...

MG5 : Oui, mais c'est compliqué

MG4 : On peut remettre le patient au centre, on peut...

MG3 : Oui mais ce formatage, c'est un problème de coût

MG5 : Oui mais parce que vous êtes là, après c'est aux jeunes médecins que... Moi je ne sais pas si, comment eux ils vont réagir à ça ! Ils ont 30 ans, euh, comment ils vont réagir à...

MG1 : Ben nous on est formé reco reco reco...

MG5 : Oui, ben c'est ça quoi en fait oui... Alors après, est-ce que vous aurez la force nécessaire de dire qu'un patient ce n'est pas qu'une reco ! Nan mais après... voilà quoi

MG3 : Oui, mais les recos c'est un problème de coût, c'est toujours là même chose.

MG5 : Mais après y'en a marre de ce problème de coût ! On est un pays riche, tu vois...

MG3 : Oui, mais c'est parce que c'est un problème de génération là

MG5 : Les gilets jaunes qui vont sur les rond-points, moi je trouve ça, malgré tous leurs débordements, ils recherchent de l'humain quoi, ils vont faire des grillades et tout...

MG2 : C'est enregistré hein.

MG5 : Je m'en fous... *rit*.

MG3 : C'est un problème générationnel.

MG5 : Nan mais c'est un truc...

MG1 : Moi, je trouve que je l'ai bien, le contact humain, enfin...

MG5 : Ah mais nan je... je te remets pas du tout en cause, au contraire, moi j'étais contente de venir là, parce que je me dis, y a une jeune médecin qui va faire sa thèse, pour me rassurer pour les jeunes médecins qui arrivent et qui... voilà, après nan non... Je dis pas. Quand tu vois maintenant que les pharmaciens vont avoir le droit de prescrire des antibiotiques le week-end, qu'ils vont nous prendre les vaccinations alors que les vaccinations c'était quand même notre boulot, on voyait les familles, les bébés, tout, alors que maintenant j'ai l'impression qu'ils vont nous mettre dans des trucs... santé publique... on va avoir nos petits 3000 euros par trimestre et tout, si on rentre bien les cases, nos R.O.S.P.¹¹ là...

RS : MG1, tu parlais de recos... Ça n'a pas été noté.

MG1 : En fait, je pense que c'est implicite, mais ouais, je vais l'écrire... Recos. Je le mets dans quoi ? *MG2 ne semble pas trouver que les recos soient implicites.*

RS : Ben peut-être...

MG1 : Ben ça fait partie de tout le truc du milieu, signes cliniques, examens et tout ça...

RS : Tout à fait.

MG5 : Puis on peut se demander si les recos sont, sont, sont... si c'est vraiment vrai quoi ! Y a quatre, cinq ans on avait du fric parce qu'on faisait 4 hémoglobines glycuées par an, maintenant il faut en faire que deux...

MG1 : Moi je dirais la mode aussi, la mode de prescription aussi...

MG3 : Bah c'est comme la vitamine D, fallait la prescrire à tout le monde, maintenant elle est plus remboursée parce qu'on la prescrivait de trop !

MG5 : Non mais après tu sais, avec les R.O.S.P., quand on avait quatre [*hémoglobines glycuées*] là, on avait du fric, c'était sympathique, 3000 euros qu'arrivaient par trimestre, et maintenant ils disent, faut faire que deux hémoglobines glycuées, faut plus en faire quatre...

MG2 : Ah bon ? J'en fais encore quatre moi...

11 Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

MG5, rit : Oh ben !

MG4 : Moi j'en fait quatre si c'est pas bien équilibré ou voilà...

MG5 : Oui, mais avant, fallait en faire quatre, c'était dans les recos

MG2 : Oui mais le patient en fait trois. J'en prescrit quatre, mais le patient il en fait trois.

Rire (MG4 ?)

RS : Si on parle de... Pour revenir à ce que dit MG1, mode, tu entends quoi par mode ?

MG1 : Ben y a des habitudes, parce qu'on va avoir des études à un certain moment, puis après, en fait on va prouver par d'autres études que c'était complètement faux ce qu'ils faisaient, ben du coup, ben on revient sur... des conduite-à-tenir qu'on avait dite avant, voire des traitements qui sont complètement à l'opposé quoi... (MG4 ? *Acquiesce*).

RS : D'accord, c'est que t'appelles mode en fait.

MG1 : Ouais, des effets de mode, voilà on...

MG3 : D'annonce

MG1 : Comment?

MG3 : D'annonce.

MG1 : D'annonce peut-être...

MG3 : Ben si, c'est ça...

RS : Ce que tu traduis, si je te traduis différemment que le mot mode, si tu veux, c'est les données de la science qui sont pas les mêmes à un moment donné.

MG1 : Oui, et aussi les pratiques... Donc à la fois les données de la science concernant les traitements, et à la fois les pratiques, donc qu'est-ce qu'on va demander en examens complémentaires ou pas, quoi.. Donc je le précise en deux fois ?

MG4 : Dans ce cas-là, on oublie assez facilement que la plupart de nos patients ont une bonne mémoire. Aussi.

MG1 : Traitement... et puis examens (*en écrivant les post-its*) évolution scientifique.

MG3 : Ben la médecine c'est ça, c'est dix ans en avance, et on revient 10 ans en arrière, et on repart 10 ans, et on revient... Ben si.

MG5 : Ben on a l'impression que c'est lié au ?

MG3 : Ça se voit très bien chez le diabétique...

MG5 : C'est compliqué quoi...

MG3 : 10 ans de progrès avec nos médicaments et un jour, en plein mois d'Août, clac faut tous les enlever, revenir 10 ans en arrière, revenir à la metformine...

MG2 : C'est comme avec les PSA quoi, fallait faire des PSA, après fallait plus en faire, maintenant faut en refaire parce que y a trop de, de cancers évolués qu'on trouve en faisant pas les PSA... faut les faire, faut pas les faire, faut les faire...

MG5 : Comme le Gardasil 9 qui coûte 130 euros... le Gardasil 9, ça coûte 130... j'étais hyper étonné du prix moi, ça coûte 130 140 euros le vaccin... donc on parle maintenant de vacciner aussi les adolescents garçons... on se demande, est-ce que le laboratoire a un lobby pour se faire du fric, si c'est vraiment utile pour la santé... et moi des fois je sais plus sur quel pied danser quoi avant je croyais vraiment à ce qu'on me disait la HAS et tout, et c'est comme tu disais, ce que tu disais tout de suite là, au bout de 2-3 ans on nous dit le contraire et tout et puis t'es un peu paumé quoi...

RS : Quand tu parles de labo, est-ce que pour toi tu associes ça justement à un déterminant de ta décision ?

MG5 : Pff non, non.

RS : Je te pose la question parce que tu évoquais le problème des labos ?

MG5 : Nan, moi je vois toujours les visiteurs, c'est une détente et...

MG3 : Après, dans les déterminants qu'on a pas marqué, c'est la faculté d'origine.

RS : Faculté d'origine, d'accord.

MG3 : Ah ben, comment s'appelle, ça se voit, comment s'appelle, si on a des remplaçants, ou si on fait appel à SOS médecins, des trucs comme ça, selon la faculté d'origine, on n'aura pas les mêmes prescriptions.

MG1 : Oui.

MG3 : Si on est, quand on n'a affaire qu'à des confrères nantais, moi je partage les locaux de la SNCF avec un autre médecin généraliste - on était trois au départ pis y'en a un qu'est parti en retraite - on avait, on était trois nantais, on pouvait très bien ne jamais remplir les dossiers médicaux, on avait strictement la même, la même prescription. Le patient peut revenir avec les trois médecins différents, de toute façon la même prescription. On est trois Nantais, on a la même conduite.

MG1 : C'est ça l'effet de mode aussi.

Rire.

MG3 : L'effet de formation, je pense, ouais. C'est la faculté d'origine.

MG3 : Je comprends pourquoi maintenant à Lyon, y a que les Lyonnais qu'étaient reçus à l'internat !

MG3 : Je ne sais pas si il faut le marquer ou pas ?

RS : Ben on peut le marquer oui, tout à fait. Ça fait parti des éléments à discuter potentiellement.

MG3 : Dans la formation?

RS : Dans la formation ouais.

MG1 : Ben moi, j'avais marqué le contexte épidémiologique aussi, si y a un contexte de grippe, on va plus, on va...

MG2 : Ben c'est un piège ça !

MG1 : Ben oui, c'est un piège, mais ça fait parti des déterminants involontaires peut-être...

MG2 : Sacré putain de piège...

MG1 : Clairement.

RS : C'est aussi un déterminant ! le contexte épidémique va faire que... potentiellement, ou tout du moins l'épidémiologie d'une infection va être un élément qui va nous faire pencher vers telle ou telle chose... OK.

MG1 : Et j'avais mis aussi la pression de la sécu ou des instances. Des fois, quand ils viennent me voir et qu'ils disent vous avez prescrit tant d'arrêt de travail, ben derrière je vais modifier ma conduite, ou quand il y a les antibiotiques etc.

RS : D'accord, ouais, c'est aussi...

UV : C'est tous les 3 mois maintenant qu'ils viennent avec leur petites courbes là ?

RS : C'est aussi un des éléments, je vais le mettre ici avec le contexte.

MG3 : Jamais changé grand chose pour moi.

MG5 : Ah moi non plus, mais ça a un côté...

MG1 : Moi ça m'a fait flipper la première fois qu'ils sont venus me voir...

MG2 : Faut pas s'en faire... Tu gardes la liberté de prescription, jusqu'à un certain point hein...

RS : Bon, est-ce que vous voyez autre chose ou est-ce qu'on peut conclure ?

...

RS : Il me reste à vous remercier de votre participation... Alors c'est quand même intéressant, parce que comme je vous l'ai dit, y a quand même eu des études qui ont été faites sur tous les déterminants possibles qui peuvent influencer ou tout au moins générer nos actions de soin, et en fait, bon, à 5, on retrouve une bonne partie des éléments principaux on va dire, qui sont détaillés, ce qui montre bien qu'on a un mode de fonctionnement qui nous est propre, à nous médecins généralistes... parce que ce qui est de la vie du patient, du contexte dans lequel on évolue, effectivement les données cliniques, mais les éléments de communication comme vous les avez notés, c'est des éléments qu'on va retrouver de façon très très commune à la... comment dirais-je, à l'action de soins du médecin généraliste et ce qu'on peut dire c'est que justement y a pas que les recos. Les recos font parties, potentiellement, des déterminants qui vont nous aider, mais y' pas que ça quoi, et ça, ça devrait pouvoir te rassurer euh.

MG5 : Mais j'espère pouvoir être rassuré mais j'ai l'impression qu'on va arriver...

RS : de penser qu'on travaille tous avec de l'humain là.

MG5 : Oui, oui, mais j'ai l'impression que ça va peut-être bientôt s'arrêter, j'ai l'impression que les instances politiques et tout..., ils veulent qu'on disparaisse, quoi, dans notre métier d'humain, de généraliste et qu'on reste que dans le, les... non non non mais je me trompe peut-être, alors après ça dépend des jeunes qui vont arriver, et de la conscience qu'ils ont et...

MG2 : Et du formatage initial, aussi, hein attention

MG5 : Moi de mon temps, on avait un bac philo, on pouvait devenir médecin, maintenant, on peut plus devenir médecin avec un bac philo quoi... Ça va ptet changer, quoi en fait ?

MG3 : Ah bah c'est ça aussi qu'est intéressant, qu'est ce que vous avez eu comme bac ?

MG5 : Enfin voilà, je veux pas critiquer, voilà...

MG1 : S.

MG3 : Qu'est ce que tu as comme bac ?

MG2 : S. Enfin C à l'époque.

MG3 : Ouais. Moi j'ai fait un bac économique, E.

MG4 : Moi C.

MG5 : Moi D, juste entre les deux, tu vois.

Rires

MG3 : Je suis le seul à avoir fait une filière qui ne soit pas ?

MG5 : Oui mais est-ce que tu pourrais maintenant devenir médecin avec un bac économique ?

MG3 : Ah non ! Peut-être, si.

MG5 : C'est quand même dommage... Moi je trouve, après...

MG3 : C'est pour ça que je vous dis qu'il ne faut pas s'asseoir sur 2% du PIB français. Moi avec un bac économique, je peux vous dire que le chômage et l'inflation, je connais !

MG5 : Je ne sais pas si vous avez vu le film avec Vincent Lacoste là sur... c'est sur l'internat, et à un moment y a un jeune étudiant il dit, tous les étudiants en médecine sont autistes pour arriver au... C'est pas une critique que je fais, c'est aller voir ce film là, c'est bien, c'est... C'est un médecin qui l'a fait, je sais plus comment il s'appelle c'est...

MG3? : L'internat nan ? c'est pas ça ?

MG5 : C'est avec Vincent Lacoste...

LL : Première année, je pense

MG5 : Première année, ouais, c'est ça... C'est, c'est vachement bien ça

MG3 : Je suis pas allé le voir, moi, ça. C'est un trop mauvais souvenir, la première année.

MG5 : C'est sympa, parce que c'est une autre génération, c'est... savoir comment les jeunes qui ont passé l'internat d'aujourd'hui perçoivent ce truc-là... Non mais après... Et y a un moment, y'en a un qui dit faut être autiste pour devenir médecin, maintenant, avec nos QCMs et tout, comme ça et tout...

MG1 : J'ai l'impression que ce travail, là, rejoint aussi un peu les erreurs médicales, quels sont les déterminants des erreurs médicales, de la manière que les déterminants de la décision médicale, c'est juste à l'inverse...

RS : Pas forcément, une erreur est une décision.

MG1 : Pardon ?

RS : Une erreur est une décision.

MG1 : *Riant* Ouais...

RS : C'est au sens très large du terme, c'est-à-dire toute décision, finalement, quand on prend une décision, on prend pas une erreur...

LL : Tu veux dire que quand tu réfléchis à qu'est-ce qui t'as fait faire une erreur, tu retombes sur tout ce qui est au tableau là?

MG1 : Non, pas forcément mais...

MG3 : L'erreur n'est qu'a posteriori.

MG2 : C'est quoi une erreur.

MG1 : En fait, quand on classe tout bien ici comme il faut, c'est-à-dire bonne relation, bonnes recos, on a des bonnes bases, voilà, et ben on va avoir la... l'autoroute pour aller faire le diagnostic, la prise en charge et que ça se passe bien. Et que dès qu'il y a un rouage qui va pas aller, l'heure de la journée, le nombre de patients, l'informatique qui marche pas etc, ben tout ça, ça va être des facteurs qui vont pouvoir précipiter ou risquer de précipiter une erreur médicale.

RS : Absolument.

MG5 : Mais dans notre métier y a quand même...

MG2 : C'est quoi une erreur, c'est quelque chose qui cause un dommage au patient, c'est ce que t'appelles erreur ?

MG1 : Oui, ça peut être ça.

MG5 : Je ne sais pas, on a quand même 80% de notre patientèle ils sont pas vraiment malade en fait, ils viennent nous voir, euh... ils ont des maux de vie !

MG2 : Oui...

MG3 : Oui des faits de société quoi.

MG5 : Je ne sais pas quoi, j'ai pas fait de statistiques quoi mais pfff.. C'est la grand-mère qui vient parler, de son petit-fils qui s'est marié avec... elle est pas contente et tout... J'ai l'impression que... ça va disparaître ça

MG3 : Ah bah ça dépend de l'empathie de chacun

MG5 : On n'a pas que des cancers, on n'a pas que des diabètes, on n'a pas que des insuffisances cardiaques, on n'a pas que... enfin bon...

MG3 : On a moins d'urgences !

MG5 : On a pleins de lombalgiques, mais la lombalgie ça cache vraiment un mal de vie quelque part quoi...

MG3 : On a moins d'urgences !

MG5 : Forcément, on les fait plus.

MG3 : Ben même, on a quand même moins d'urgences. On a des gens pressés mais on a moins d'urgences.

MG5 : C'est vrai que c'est la prévention, on n'a plus d'OAP¹² et tout.

MG3 : On n'a plus d'OAP... On n'a plus...

MG5 : C'est vrai on avait ça il y a encore 20 ans...

MG2 : J'en voyais des OAP moi au début...

MG5 : Ben oui, moi j'en ai plus depuis... pfff

MG2 : Mais y a longtemps. Y a longtemps.

RS : Parce que d'une part les insuffisances cardiaques sont un peu mieux traitées qu'avant, d'abord.

MG3 : Un peu mieux... On arrive moins à l'insuffisance cardiaque déjà.

MG5 : Mais est-ce que c'est bien?

RS : Et puis, que clairement les quelques OAP qui peuvent rester sont appelés par le 15 donc on n'est pas forcément... directement concerné quoi.

MG3 : Alors, une chose qui est très dommageable, c'est que, moi ça fait 20 ans que je suis installé, on l'a pas mis, c'est le nombre de fois qu'on voit le patient dans l'année. Moi quand je me suis installé, d'abord j'étais qu'en libéral pur, j'avais pas mal de temps, j'avais pas racheté un truc énorme, je les voyais tous les mois ou tous les deux mois,

c'était à l'époque où y avait beaucoup d'insuffisance cardiaque, le fait de passer tous les mois voir la grand-mère qui était déjà insuffisante cardiaque, on montait le lasilix, on le baissait, on le remontait, elle passait jamais en OAP. Les traitements se sont améliorés, mais maintenant on en est rendu à consulter une fois tous les six mois parce qu'on n'a plus le temps d'en faire... et là après, sur ces patients fragiles, et ben on risque plus. Donc c'est une question de temps.

RS : Là aussi c'est... ça avait été quand même un petit peu noté, le temps disponible, tu avais noté...

LL : L'intensité du suivi du coup, enfin, la régularité du suivi.

MG3 : Ouais, la régularité du suivi.

RS : Ça avait été noté un petit peu...

MG3 : On l'espace plus parce qu'ils sont en train de densifier la ville, donc là ou on en voyait 2, on en voit 10, donc à force de faire des tours on n'a plus le temps, donc...la grand-mère quoi... 3 mois, 6 mois et puis, pffff, la régularité du suivi oui

RS : MG1, oui

MG1 : La prise en charge en équipe ou en réseau, ben ça revient à ça un petit peu, qu'est-que...

RS : Le fait de travailler en équipe, ou en réseau, ou en cabinet de groupe aussi...

MG1 : Ou en cabinet de groupe...

RS : Donc là on est dans le contexte aussi, si on veut, hein...

...

RS : Ouais, régularité du suivi, OK. Bon ben y a quand même plein, plein de choses hein... qui émergent.

MG3 : Après ça va évoluer en fonction de l'évolution de la société hein.

RS : C'est-à-dire ?

MG3 : Ben si on a un président qui nous met au plein emploi, on aura moins de consultations, plus de maladies, moins de social, enfin...

MG2 : Plus d'arrêt de travail.

MG3 : Ben l'arrêt de travail...

MG2 : Si on est en plein emploi, y aura forcément plus d'arrêt de travail.

MG3 : Oui, mais c'est pas très grave ça, c'est pas... C'est la longueur de l'arrêt de travail, c'est pas l'arrêt de travail en lui-même. C'est la longueur de l'arrêt de travail qui coûte, c'est pas l'arrêt de travail en lui-même, c'est pas les deux jours, de toute façon avec les jours de carence et compagnie, c'est pas les deux jours ou trois jours qui coûtent, c'est pas l'arrêt de travail en lui-même qui coûte. Que l'entreprise produise ou produise pas, on n'a toujours pas compris pourquoi il fallait travailler en 3x8, hein... Construire des Renault en 3x8 pour inonder des parcs automobiles au pied du pont de Saint-Nazaire, qui seront jamais vendues, parce que vous pouvez encore trouver une 4L neuve qu'a pas été vendue, ça sert à rien hein. On a inventé le 3x8 mais on sait pas pourquoi. C'est une aberration.

RS : Bon. Je vous propose de conclure sur ces paroles tout à fait fortes.

MG4 : D'économiste. *Rit.*

MG5 : Y a encore des 4L toutes neuves alors ?

MG3 : Ben oui.

MG5 : J'ai déjà une 4L.

MG3 : En bas du pont de Saint-Nazaire, y a encore des R5... qui partent pour l'Afrique.

RS : Alors si.... Si vous en êtes d'accord, euh, une fois que Lise aura fait son travail de thèse, vous aurez un résumé...

MG4 : Un retour, ouais.

RS : Vous aurez un retour.

LL : Est-ce que éventuellement, si vous avez des mails, je peux prendre des mails pour envoyer le...

RS : Mail ou adresse postale...

LL : Ou adresse postale.

RS : De façon à ce qu'on vous envoie un retour du travail...

LL : Et éventuellement une invitation à la soutenance, hein, si ça vous intéresse.

MG5 : Ça peut être sympa ouais...

Quelqu'un : Ouais

MG4 ? : Ça fait longtemps... J'ai fait la mienne mais depuis...

LL : Je peux donner, envoyer l'invitation. Pis vous voyez si ça rentre dans vos planning

MG5 : On a servi à quelque chose... *rit.*

MG4 : Et c'est quand ?

LL : On n'a pas encore fixé la date...

RS : Y a encore du travail à faire...

MG3 : Faut pas être pressé, après c'est la retraite qu'il faut payer... *rire.*

RS : Nan mais nan... Dans le courant de l'année...

LL : C'est ça. Juin ce sera ptet short, mais probablement à l'automne...

RS : Oui... Fin d'automne ou fin d'année...

...

MG4 : Ça dépend du nombre de pages demandées ?

RS : Y a pas de nombres de pages demandées...

MG4 : Nan, y a plus de critères comme ça ?

RS : Nan, nan...

MG2 : Y avait des critères ? Y avait pas de critères sur le nombre de pages... Y a jamais eu de critères sur le nombre de pages...

MG1 : Et le titre ce sera quoi ?

RS : Ben le titre, en fait, il va être... ben comme dans tout travail scientifique... c'est à la fin.

MG1 : En dernier, mais alors, l'entonnoir de la thèse...

RS : C'est ça. C'est ça. Ça va être un travail sur les déterminants de la décision bien sur, bien entendu.

MG1 : Ils avaient une étude à Montpellier, où ils avaient mis, je crois, des neurologues dans une IRM et ils leur faisaient faire des tests pour savoir ce qu'ils avaient comme décision, et puis ils leur faisaient des propositions alléchantes ou autre, et puis ils avaient regardé comment est-ce que ça avait influencé sur les décisions... Ils avaient fait ça avec des urgentistes et des neurologues...

MG2 : On a mis le lieu d'installation ? Le lieu de l'installation ?

RS : Non. Ça n'a pas été noté, mais effectivement on peut...

MG2 : Parce que j'ai fait mon premier remplacement à l'Ile de Sein, et ça change beaucoup de choses sur la décision hein !

RS : Ah ben...

MG3? : Ah oui, j'ai fait ça à l'Ile de Groix moi ! *Rire* J'ai fait un an là-bas...

MG5 : A l'Ile de Sein ? Y a un médecin à l'Ile de Sein ? Ils sont combien d'habitants ?

RS : On peut le rajouter...

MG4 semble avoir moins pris la parole

MG5 faisait de long monologues, un peu hors-sujet, difficile de savoir ce que les autres médecins pensaient de ses interventions.

3. Transcription du focus-groupe des médecins spécialistes

Focus-groupe 2 - Médecins spécialistes d'organes ou d'appareils

Mardi 14 mai 2019

Lieu : faculté de pharmacie de Nantes, 9 rue Bias, 44 000 Nantes

Participants : MS1, MS2, MS3 et MS4

Animateur : Rémy Senand (RS)

Observatrice : Lise Lombard (LL)

RS : Alors, on va faire, tout de suite, un rapide tour de table, on va peut-être commencer par MS4, donc euh, présentation, c'est-à-dire ta spécialité.

MS4 : Qui je suis.

RS : Qui tu es, éventuellement depuis combien de temps tu es installée, dans quel cadre, etc. etc.

MS4 : D'accord. Donc moi, MS4, ou MS4, j'avais mis les deux noms (*noms de naissance et de mariage*), pour pas que, parce que y a d'autres MS4, pour pas que les gens se mélangent - malgré ça y a des petites erreurs de temps en temps - moi je suis pneumologue, je suis installée à Orvault. Alors moi je me suis installée le... 1^{er} janvier 2001. Après avoir remplacé depuis... pendant 2 ans. Donc au départ, j'étais au Châtaignier avec MS3, jusqu'en 2012, donc après j'ai acheté, j'ai acheté un local, c'est une petite maison, qu'on a aménagé en 3 cabinets, avec donc on est 3 pneumologues, parce que je ne voulais pas aller... Je me suis tâté un moment à aller à la Clinique 1, parce que moi je faisais toutes mes techniques à Clinique 4, et je me suis dit, quand ça va rapatrier sur la Clinique 1, est-ce que je vais ou pas à la Clinique 1, et au final je me suis décidée à ne pas aller à la Clinique 1, je dis en rigolant, je fais du petit commerce de proximité et pas l'usine. Voilà. Donc j'ai préféré - pour moi c'était une qualité de travail que... voilà.

RS : Très bien. Des particularités à ton exercice ou c'est de la pneumologie... standard?

MS4 : Ouais, c'est de la pneumologie classique, pis donc, ben sur la clinique, ben je vais faire les fibroscopies ou les ponctions pleurales ou les choses comme ça.

RS : D'accord. Tu fais pas d'allergologie?

MS4 : Pas trop. J'en fais un petit peu mais je développe pas trop parce qu'on a tellement d'autres choses à côté, entre le cancer, la BPCO et le sommeil... et l'asthme.

RS : Merci MS4. MS3?

MS3 : MS3, moi je suis gastro-entérologue, je me suis installé en 1999 sur Saint-Herblain dans un centre médical pluridisciplinaire de spécialistes, et le centre a fermé et je suis parti en 2012, alors dans, en centre-ville Allée H., où j'étais dans une association de gastro-entérologues, puis en 2015 à la Clinique 2, donc c'est une clinique qui regroupe un pôle libéral et un pôle ESPIC¹³. Clinique mutualiste. En tant que gastro. On est un groupe de 12 sur Clinique 2, on a 4 associés aussi qui travaillent avec nous à la Clinique 3. Moi je fais de la gastro standard et je fais un peu plus aussi d'hépatologie et... voilà... et depuis 6 ans maintenant, j'ai aussi une autre petite activité, c'est que je suis coordonnateur de la gestion des risques au sein de la clinique. Euh voilà, donc c'est un peu différent de la gastro-entérologie, mais j'ai un peu bifurqué vers cette valence Gestion des Risques et Qualité au sein de l'établissement.

MS4 : J'ai oublié de dire moi, parce que quand tu parles de ça... A côté moi je fais partie du réseau Maladie Chronique 44 qui regroupe réseau diabète, réseau cardio et asthme BPCO. Et moi, je... quand je vais faire des séances d'éducation, je fais plus l'asthme.

RS : D'accord. MS2?

MS2 : Bien, bonjour, MS2, je suis rhumatologue euh libéral pur. J'étais avant installé dans le Nord et depuis une dizaine d'année je suis ici à Nantes, boulevard C. donc pas très loin de chez toi.

MS4 : Oui, pas loin

MS2 : Euh rhumatologue libéral, seul dans un cabinet alors qu'avant j'étais associé. La rupture, euh la retraite du... de mon collègue avant s'est passée un peu difficilement, je suis resté seul.

RS : OK. Très bien. MS1?

MS1 : MS1, je suis chirurgien de la main, j'ai pris la suite de F. en... septembre 2012, entre septembre et novembre 2012 donc ça va faire 7 ans. J'ai connu le déménagement de notre vieille Clinique 5 détruite en ce moment...

MS4 : Ah, ça y est?

MS1 : Ça y'est ouais. A Saint-Herblain.

RS : Tous les murs aussi sont détruits, c'est pas que l'intérieur?

MS1 : Ouais, ça y est, le promoteur a... Pffit. Nan nan, on a déménagé ça fait un an, dans cet énorme ensemble en construction à Saint-Herblain autour de la Clinique 1. Nous on n'y a pas perdu notre âme parce qu'on a réussi à garder un fonctionnement d'institut, et on y a gagné de la place et de la modernité qui était indispensable, on était une vraie nuisance pour le voisinage dans ce quartier. Donc on a un fonctionnement d'institut qu'est pas un mot vain, on a la particularité, on est 8 associés, on a deux assistants qui sont des chirurgiens du CHU en fin de formation, 4 internes actuellement, avec donc vraiment une volonté de pas faire que de la chirurgie mais une activité scientifique. On avait, enfin on a toujours mais c'est un peu compliqué une activité de.... médecine humanitaire. On parlait, historiquement, on a une association commune et on parlait en Inde, mais là pour des raisons politiques, ça fait un an qu'on n'y va plus, y a eu des soucis en Inde, ça devient un peu plus dangereux de faire de la chirurgie quand on est étranger. C'est vraiment un pôle, c'est vrai que pour une activité libérale pure, qui a des particularités qui sont agréables, avec des grosses contraintes, notamment le volume d'urgences et là oui, on parle d'usine, ouais, c'est un peu raide, en ce moment notamment.

LL : Est-ce que MS1, je peux te demander ton âge, ton année de naissance et ton année de thèse? Parce que je les ai pas eus pour...

MS1 : Y a pas de mal. Je vais avoir 40 ans, mon année de naissance 79 et mon année de thèse je vais regarder dans mon CV parce que je le connais par cœur, tu vois... Je sais que j'étais en 4^e année d'internat mais...

LL : Et l'année d'installation tu l'as dis je crois.

MS1 : Ouais, novembre... J'ai commencé à prendre la suite de Francis en septembre, mais vraiment installé associé en novembre. Et je le remplaçais depuis déjà deux ans. Et j'étais ancien interne de la clinique, c'est le côté un peu particulier chez nous, c'est que dans les associés, Y, Z et moi, Y était le premier interne, on est anciens internes. Donc c'est vrai que c'est une singularité... mais des choses qui vont je pense se développer, qu'en médecine générale vous faisiez depuis longtemps, mais y a pas de raison qu'on puisse pas former des jeunes et....

RS : C'est une réalité, c'est-à-dire qu'en médecine général y a depuis très très très longtemps des maîtres de stage et les autres spécialités commencent à se dire que ce serait pas mal que nous aussi....

MS4 : Commencent à en parler en pneumo...

RS : Oui, dans toutes les disciplines si tu veux, en dermatologie, en pédiatrie, etc. etc., toute la difficulté, c'est de trouver des maîtres de stage, nous on en connaît quelque chose, de trouver des maîtres de stage.

MS1 : Mars 2009.

LL : Merci.

RS : Donc moi je suis Rémy Senand, donc je suis médecin généraliste, et puis euh... Donc maintenant en semi-retraite de mon activité libérale, puisque c'est un de mes internes qui a pris ma succession en deux mille... à partir du 1^{er} janvier 2018. Je conserve mon activité universitaire puisque je suis prof titulaire de médecine générale dans cette boutique-là, il me reste encore un peu plus d'un an à faire, et je tirerai ma révérence définitivement en août de l'année prochaine, donc il me reste encore à peu près 15 mois... 15 mois à faire. Donc voilà.

LL : Et moi, Lise Lombard, du coup, j'ai été externe à Paris, j'ai fait mon internat de médecine générale à Nantes, que j'ai fini y a... un an et demi, en novembre 17 et donc je fais des remplacements en médecine générale et c'est pour ma thèse que je vous ai réunis, qui est donc... à moitié faite... à peu près...

RS : Elle est à moitié faite... Donc on va venir au sujet...

LL : Et la question sur le mode de formation continu, je veux bien qu'on la pose...

RS : Oui, si tu veux, maintenant...

LL : Est-ce que vous vous formez encore de façon continue et de quelle manière? S'il vous plaît...

MS4 : Alors, moi c'est surtout les congrès. Y a un moment on a eu... alors que ce soit congrès... des congrès régionaux. Parce qu'il y a une société des pneumologues de l'Ouest, ils appellent ça, qui fait Bretagne Pays de la Loire. A une époque y avait vraiment, y avait que Pays de la Loire et on pouvait se retrouver... mais ça a capoté. Autrement c'est congrès nationaux ou internationaux. Et puis... qu'est-ce que j'ai fait d'autres trucs moi... Y a pas d'autres trucs qui m'intéressent ! Si, j'ai dû faire, ben quand j'ai fait la formation à l'éducation thérapeutique, mais voilà, c'était vraiment très spécifique.

RS : MS3?

MS3 : Ben y a des congrès nationaux, y a notre congrès national de gastro-entérologie... qu'est toujours au même moment et maintenant toujours à Paris, donc c'est assez simple de s'organiser... On n'y a va pas forcément tous, parce qu'il faut un peu des gens qui gardent la boutique, donc on tourne un petit peu là-dessus, mais le niveau habituellement est plutôt pas mal, c'est sur cinq jours, y a de la formation continue sur 48h le week-end, et de la formation scientifique sur trois jours avant. Donc y a ça, les congrès internationaux, y a eu avant, enfin, y a toujours la possibilité mais moi je suis pas suffisamment spécialisé dans un domaine pour aller dans des congrès internationaux systématiques, quoi. Et puis après, au sein de la vie de tous les jours, ben y a les RCP¹⁴ oncologiques quand même toutes les semaines, c'est quand même de la formation continue parce que c'est riche... niveau enrichissement, c'est vrai... Nous on a de la chance ça se passe en plus dans notre secteur, dans une salle de réunion chez nous, avec les gens de l'Hôpital 1, les chirurgiens, les oncologues, tous les gens qui tournent autour,

donc c'est ça toutes les semaines.... Et puis nous on organise en fait un lundi toutes les deux semaines le midi on mange tous ensemble puis on a un petit topo par l'un de nous, y a des gens qui sont un peu spécialisés, maladie inflammatoire de l'intestin, bon nous on fait un truc en hépato, donc toutes les deux semaines le lundi, on se fait un truc entre nous, et c'est bien.

RS : MS2?

MS2 : Oui, ben tous les mois, réunion de service à la faculté. Régulièrement, des activités avec des laboratoires qui invitent des personnes bon du coin ici, des personnes de villes différentes ; congrès régionaux deux fois par an et je vais deux fois par an aussi en congrès national à Paris, et de temps en temps quand c'est possible un autre congrès...

RS : Et MS1?

MS1 : C'est un peu le même mode que vous hein, donc on a nos congrès qui sont des congrès spécifiques de chirurgie de la main ; y a quelques symposiums encore plus spécialisés qui ont lieu dans l'année, alors ça peut être sur des thèmes... Là je suis allé à une réunion sur le nerf périphérique, une réunion internationale de grand niveau à Paris, euh c'est un bon mode. On retrouve un peu ce que vous avez dit et puis... Je suis tout à fait d'accord avec toi heh, c'est les staffs et les échanges donc... Nous avec nos jeunes aussi, qui nous sollicitent, qui viennent d'écoles différentes ; là on a un Italien qu'est là pour six mois, c'est hyper enrichissant, et ça on ne se prive pas ; on fait sans que ce soit validé vraiment RCP, un staff où les radiologues spécialisés locomoteurs viennent maintenant une semaine sur deux, donc ça aussi ça a élevé le niveau du staff, et ils nous ont apporté beaucoup, eux ils sont un peu arrivés un peu sur la pointe des pieds, nous on les bénit à chaque fois qu'ils sont là. Donc euh... ça c'est très bien, et finalement les vrais FMC obligatoires pour nous, notre Orthorisque et puis vous les équivalents, c'est pas forcément là qu'on a le plus d'infos, j'en fais une samedi, où c'est moi qui fais avec X le e-congrès... pffff, tout est hyper formaté pour rentrer dans le cadre des formations qui permettent de récupérer de l'argent pour nos sociétés scientifiques, enfin je trouve ça dommage. C'est pas peut-être le meilleur outil, alors que pourtant ça devrait l'être...

MS4 : C'est vrai, quand tu fais des partages de dossiers, enfin voilà, des échanges à propos de dossiers, des fois tu apprends beaucoup plus, effectivement, d'expériences des autres.

Quelqu'un : Oui oui oui.

MS1 : Ouais, puis le passage des gens.

MS4 : Oui tout à fait.

MS1 : Là avec le nouvel institut, on a des collègues de la France et de l'Europe qui sont venus voir, ils viennent au staff, nous on présente nos dossiers et c'est... c'est passionnant. C'est un peu le tout scientifique qui tue notre formation, c'est ce qu'ils ont dit au symposium où je suis allé, c'est pour ça, je voulais vous en parler, y avait des chirurgiens de la main qui avaient 70 ans et qui on fait le grand topo sur l'evidence-based medecine, alors ptet qu'en pneumo, en gastro, c'est plus adapté, mais nous en chirurgie de la main, ça a un peu tué nos publications, ils montraient qu'historiquement, les plus belles publications, les plus belles découvertes en chirurgie de la main, elles seraient jamais, elles n'auraient jamais été acceptées dans des journaux modernes !

RS : Oui, tout à fait.

MS1 : Donc maintenant il faut écrire ! et y'en a même qui payent des gens pour écrire, pour entrer rapidement dans les journaux, alors que... Ca ne fait même pas transparaître ce qu'on veut communiquer - et je ne parle même pas de l'influence des laboratoires.

MS4 acquiesce.

RS : Bon ben très bien, merci pour ce... ce tour de table et puis donc on va rentrer un petit peu dans le vif du sujet. Donc le travail de Lise porte sur tout ce que l'on appelle les déterminants de la décision, c'est-à-dire que quand vous prenez une décision par rapport à un patient que vous voyez, cette décision elle va être motivée par un certain nombre d'éléments finalement, et ce que l'on souhaite faire, c'est que vous puissiez nous dire, pour vous, quels semblent les déterminants qui vont faire que face à un patient, vous allez prendre telle décision. Alors un patient en général, pas pour une pathologie spécifique ou quelque chose, mais réfléchir, bon, j'ai un patient devant moi, qu'est-ce qui fait que, quand il est sorti de mon cabinet, qu'est-ce qui fait que j'ai pris cette décision là et pas une autre, et comment est-ce que j'ai fait, pourquoi j'ai fait ça, qu'est-ce qui explique que j'ai fait comme ça et pas autrement, alors que peut-être j'aurais pu faire autrement, donc c'est un petit peu tous ces éléments-là qui nous intéressent hein... Alors vous êtes là le deuxième focus-groupe, puisqu'on a fait aussi la même chose avec un groupe de médecins généralistes, hein, et l'objectif c'est de savoir si une concordance des déterminants entre les différents groupes de médecins, notamment entre les médecins généralistes et les médecins qui ont une spécialité d'appareils ou d'organes, et c'est pour ça qu'on a pris que des spécialités, j'allais dire, d'appareils ou d'organes. On a exclu volontairement les spécialités qui étaient euh... de la personne elle-même, euh, je pense aux pédiatres par exemple, ou je pense aux gériatres, pour lesquels le mode de fonctionnement et le mode de raisonnement est sans doute différent en fait hein. Donc là, alors y a eu beaucoup de travaux qui ont été fait en fait sur les déterminants des décisions dans le domaine de la médecine, mais relativement peu qui permettent de différencier en fonction des spécialités ou du type d'activité, donc là on est dans une recherche totalement inductive, c'est-à-dire que, ben, tout sera bon pour nous. Il n'y a évidemment pas de jugement de valeur, c'est-à-dire ah ben untel a même fait mieux

que tel autre, c'est pas du tout ce qui nous intéresse, c'est de savoir ce qui se passe un peu dans votre tête, comment vous analysez ça. Alors, tu parlais tout à l'heure, puis MS4 aussi, puis MS3, de formation en groupe, euh, faut savoir que nos étudiants, ben, D. en sait quelque chose, on les fait travailler maintenant beaucoup pour l'essentiel en groupe d'échange de pratique, où on les fait travailler à partir des situations cliniques qu'ils vivent, puis on leur demande de réfléchir aux modalités de prise en charge, pourquoi est-ce qu'il ont pris, fait ce type de prise en charge, et en particulier on leur demande de réfléchir et de nous lister tous les déterminants qui sont intervenus dans cette décision, quelle qu'elle soit, quelque soit le... Voilà. Donc pour ce faire, ce qu'on vous propose, c'est qu'on va vous donner des, des post-its, chacun des post-its, et puis vous allez utiliser, vous allez mettre une idée, un mot ou deux mots ou une idée, sur un post-it, d'accord, hein. Alors, vous en faites 10, vous en faites 20, vous en faites 50, vous faites autant, donc on va vous donner le temps nécessaire pour complètement réfléchir. Quand vous aurez, quand vous pensez avoir fait le tour de tous les déterminants que vous imaginez, si vous voulez, on les mettra, ben chacun son tour, vous les mettrez, et en essayant peut-être spontanément de les organiser, y a ptet des thématiques qui vont se développer, on verra ça plus tard, et puis une fois que vous quatre aurez mis sur ce tableau tous vos petits post-its avec les idées qui... on en rediscutera un petit peu, peut-être qu'avec les idées des uns, des autres, chacun va avoir de nouveau des idées en disant « ben oui, ben peut-être ça », donc ce qui nous intéresse c'est de mettre noir sur blanc toutes les idées que vous pouvez avoir concernant les déterminants que vous pensez être justement des déterminants dans votre décision. Je vais dire une plaisanterie, mais si vous pensez que le fait qu'il y ait du ciel bleu soit un déterminant dans votre décision, ben vous mettrez ciel bleu ! Hein d'accord, bon. Après si vous pensez que le ciel bleu peut être un déterminant, peut-être sur votre humeur du moment, et que ça va changer votre prescription et donc votre attitude, pas de souci particulier, donc tout est ouvert en fait. Est-ce que vous avez des questions par rapport à ça avant de plancher... euh... Je vais vous laisser tranquillement plancher.

LL : Alors j'ai mis vos initiales sur les post-its - MS1, je savais pas qui venait, donc j'ai mis CO comme chirurgien orthopédiste... *Rires* voilà. Si y a plus d'initiales, vous vous en remettez, je....

RS : Voilà, si vous n'avez pas de questions, on va vous demander...

MS4 : Donc quelque soit la pathologie voilà, on a un patient lambda... qu'est-ce qui va déterminer...

RS : Oui oui, voilà, tu imagines plusieurs patients éventuellement, tu fais le tour des patients que tu as vu aujourd'hui ou hier, finalement, en réfléchissant, qu'est-ce qui a fait que j'ai fait tel, que j'ai pris telle décision, que je lui ai dit telle chose, que je lui ai prescrit telle chose etc. etc.

MS1 : Par rapport à nous, ou par rapport à lui, par rapport...?

RS : C'est toi qui imagines qu'est-ce que tu imagines qui a pu déterminer, qui a fait que tu as fait tel chose. Alors ça peut être par rapport à lui bien sûr, par rapport à toi, par rapport à n'importe qui... c'est toi qui imagines, comment tu penses que ton, ton fonctionnement est déterminé. Parce que, que vous le vouliez ou non, et qu'on le veuille ou non, tous nos comportements sont déterminés.

MS2 : Un comportement thérapeutique?

RS : Thérapeutique dans le sens pour moi, dans le sens large de la prise en charge du patient.

MS2 : Donc diagnostic aussi, orientation...

RS : C'est à toi de voir, hein, tout est ouvert, donc y a, nous on, on ne rejette rien du tout du tout du tout, toutes les idées nous intéressent en fait.

LL : Parfois ne rien faire, c'est une décision. Parfois y a des examens qu'on fait, on prend la décision de les faire, tel ou tel examen complémentaire.

MS4 : Ou de pas les faire.

RS : Donc voilà, on va vous laisser... *brainstorming* mais à l'échelon individuel, faites votre tempête dans votre cerveau puis essayez de nous mettre ça... Donc vous avez tout le temps, peut-être pas jusqu'à demain soir... *Rires*

MS2 : Va falloir s'entendre...

RS : Mais vous pouvez en mettre 10, 20, 30, 40... *no limit* hein, par rapport à ça.

...

Et puis si vous avez la possibilité, enfin vous y réfléchirez un petit peu, si vous l'avez pas, c'est pas grave, éventuellement, de hiérarchiser, de vous dire, ce déterminant pour moi, il existe mais il est plutôt accessoire, ou ce déterminant-là, il est très important, je vais le voir, c'est un déterminant que j'aurais régulièrement pour tous les patients, ou ça une fois de temps en temps, etc. etc.

...

Chacun débute lentement l'écriture sur les post-its.

MS4 : Même des déterminants dans l'attitude qu'on a pu avoir avec un patient par exemple, ouais.

RS : Oui, tout, tout, tout, tout ce qui fait, tout ce que tu imagines qui puisse avoir une influence sur la décision que tu as prise. Sans aucune, sans limite.

MS1, MS2 et MS3 étalent devant eux tous leurs post-its.

MS4 : C'est toujours plus facile quand on dit aux autres de faire ça.

RS : Oui, c'est aussi une gymnastique d'esprit.

MS4 acquiesce.

MS4 : C'est bon, il en reste... *Montrant les post-its.*

LL : J'en ai d'autres, d'avance... Si vraiment...

...

RS : Nan, nan, vas-y vas-y, si t'as... Est-ce que vous pensez avoir fait un petit peu le tour, un premier tour déjà...

MS4 : Ouais, parce qu'après t'as d'autres idées qui te reviennent.... tu penses un truc, tu te dis...

MS1 : Ouais, qui peuvent arriver...

MS4 : Par contre c'est bien de faire ça après une journée de boulot.

MS3 : Moi j'ai refais ma journée hein...

MS4 : Moi j'ai refais ma journée aussi ! Alors y a machin, qu'est-ce que je lui ai dit, machin qu'est-ce que je lui ai fait, machin que je connaissais pas...

RS : Voilà, voilà, tout à fait. Bon. On peut faire un premier, un premier...

LL : Est-ce que c'est hiérarchisé du coup? Vous avez réussi à les hiérarchiser?

RS : Est-ce que vous avez pu éventuellement les hiérarchiser ou pas ?

Soupirs

RS : Après c'est vous qui voyez si vous pouvez le faire ou pas... Si vous pensez que y a une hiérarchisation à donner, vous la donnez, si vous pensez que y'en a pas, ben voilà...

MS4 : Ben après ça dépend sous quel angle on prend le truc quoi... Tu vois sous l'angle patient, sous l'angle médecin, sous l'angle, tu vois... Ben moi les réponses que j'ai mis...

RS : Mais nan, ça n'a pas d'importance, c'est pas une consigne obligatoire hein ! Certains vont penser que pour eux c'est ça, c'est ça, puis ça et éventuellement ça et accessoirement c'est ça, d'autres vont mettre tout un petit peu au même niveau...

MS4 : Ah tu veux dire ce qui est plus important pour nous?

RS : Ben si vous pensez quelque chose qu'est plus important que d'autres dans les déterminants, mais après peut-être qu'il n'y a pas d'éléments qui se distinguent...

MS4 : Moi je prends tout en compte.

RS : MS1, si tu veux bien?

MS1 : Ouais.

RS : Alors, mets-les carrément...

MS1 : J'espère que j'ai raisonné comme vous vouliez hein... *Rires.*

RS : Oh mais y a pas de souci hein.

MS4 : Y a pas de bonne réponse !

RS : Y a pas de bonne réponse, hein, toutes les réponses sont pour nous importantes, de toute façon elle sont toutes naturellement bonnes.

MS1 : J'ai essayé de hiérarchiser en fonction de ma façon de travailler (*il a associé ensemble des séries de post-its : plusieurs sous-groupes, qu'il colle côte à côte au tableau*), donc pour rentrer dans la décision, le moment où on prend le plus de décisions c'est avant en fait, donc ça va être la consultation.

RS : Oui.

MS1 : En étant purement organisé, le courrier du correspondant. Déjà quand y'en a pas, on n'a pas le même rapport avec le patient.

RS : D'accord

MS1 : Après le patient lui-même : en chirurgie, notamment de la main, son habitus est hyper important, ses antécédents également, c'est des choses que, j'enfonce des portes ouvertes, mais en hiérarchisant, l'anamnèse, antécédents, habitus, et surtout examen clinique, ça va être bien supérieur à tout le reste qu'on peut avoir, aux examens, complémentaires, radiographiques, aux bilans qu'on peut demander, et y a un truc qui va vraiment faire évoluer notre décision finalement, c'est la discussion qu'on va avoir à la fin avec le patient, parce que c'est lui qui va nous remettre au centre du problème, et des choses qu'on peut proposer, que lui aura peut-être lu maintenant, vu sur internet, et qui sont pas raisonnables pour lui, qui s'en sent pas capable. Ça me fait penser, je peux le rajouter, mais on a une psychologue maintenant à la clinique, et y a des patients, on raisonne pas sans elle, c'est-à-dire on propose pas par exemple de remettre un... de reconstruire un pouce en prélevant un gros orteil sur un patient s'il n'est pas capable d'assumer les suites, les difficultés et le risque d'échec. Donc ça, c'est... notre façon un peu de travailler au quotidien, parce qu'après les décisions chirurgicales, elles sont assez faciles hein. Je dis pas que c'est que des organigrammes, mais y a des choses qui sont évidentes. Il s'agit surtout de trouver la bonne solution pour le patient...

RS : D'accord.

MS1 : Et psychologue, le recours est assez fréquent. Pas que dans le cadre de choc post-traumatique. Après euh, j'avais rajouté (*deuxième sous-groupe*) que ma spécificité c'était quand même l'urgence, avec des signes de gravité, avec des problèmes de disponibilité de notre part, des équipes. Des fois, on est obligé de faire des choix et de faire attendre certains patients pour en privilégier d'autres. Le samedi on est encore deux, le dimanche on est tout seul, donc à un moment, on est obligé de choisir...

RS : Faut faire des choix.

MS1 : On est obligé de faire des choix. Un truc qui change pour le patient, c'est quand il vient nous voir et qu'on est en situation de recours (*post-it isolé*). Parce que ça aussi... sans parler de judiciarisation de nos pratiques, mais quand on doit repasser derrière un autre chirurgien, c'est pas du tout pareil, et c'est là que le staff, le fait d'avoir une discussion collégiale, peut aider énormément. Autour de la discussion ça aide. Donc après, pour revenir au patient, ça c'est un peu ma semaine, ce week-end on a eu un patient hyper agressif, on n'a pas de service d'ordre, on n'est pas au CHU ; donc clairement on a dû appeler les flics hein, il est reparti.

RS : Au CHU, ils ont pas de service d'ordre non plus.

MS1 : Nan mais, je parle de ça, on n'a même pas de sécurité, c'est juste des pompiers qui passent, et y a rien de tout ça... C'est un petit service d'urgences avec un gros passage...

RS : Bien sûr.

MS1 : Et ça rend les choses parfois complexes, c'est pas à nos infirmières à qui on va donner des cours de self-defense... Famille ! J'ai opéré quelqu'un de ma famille aujourd'hui, et je me rends compte que j'ai pas du tout géré ça comme d'habitude...

RS : Ah

MS1 : J'ai finalement donné beaucoup moins d'explications, y avait une espèce de confiance naturelle... Je ne sais pas ce qu'elle pense cette personne... Mais ça en tout cas ça a changé, et puis par exemple, quand on a des sportifs professionnels, où là on peut être amené aussi à raisonner totalement différemment, et pourtant ce sont des patients. Eux sont prêts à prendre plus de risques, ont une vraie demande, parfois s'opposent à des décisions, ou bien leur entourage... En chirurgie de la main, en tout cas en chirurgie orthopédique, ça influence énormément notre décision... Voilà un premier jet...

RS : Bon très bien, merci... Ouais, nan, nan, laisse, tu laisses comme ça, parce qu'après on va...

MS1 : C'est pas facile de passer en premier.

RS : MS2?

MS2 : Je passe en deuxième...

Rire.

LL: Il en faut un !

RS : Ben sauf si tu veux pas... De toute façon, le premier est passé...

MS2 : Si, si...

RS : De toute façon faudra bien y passer !

MS2 : Faut y passer... Bon alors, qu'est-ce qui influence mes décisions...

MS2 ? : Des trucs redondants... Y aura des choses en commun.

RS : Alors même si tu as des redites, c'est pas grave... C'est intéressant de savoir que pour vous, y a des choses communes quoi. Va sans doute y avoir des choses différentes et potentiellement des choses communes quoi.

MS4 : Ben selon le type de pathologie que l'on...

? : Ben c'est ça...

RS : C'est ça...

MS2 : Alors en premier lieu, pour moi c'est important, c'est le respect quand même des pratiques usuelles et habituelles reconnues par la communauté, notre communauté. Pas de charlatanisme.

RS : D'accord, les recommandations de bonne pratique.

MS2 : Voilà, de bonnes pratiques. D'accord. Après qui doivent s'adapter...

MS4 : J'ai même pas mis ça, mais parce que pour moi, c'est logique quoi...

MS2 : C'est évident. Oui mais, pour éviter de...

MS3 : T'as raison.

MS4 : Mais ouais, je suis d'accord.

MS2 : ... de dire tout va bien alors que c'est faux. Euh, il faut ensuite... la gravité de la situation bien sûr, c'est ça qui va conditionner beaucoup de choses aussi, dans la spécialité y a pas grand-chose de vraiment très grave dans l'immédiat. Et l'intérêt pour le patient, est-ce que ma décision va être intéressante pour lui... Le risque... de l'acte qui va être fait.

RS : Alors... Le risque...

MS2 : Le risque pour le patient... Le risque pour le patient de l'acte diagnostic ou de l'acte thérapeutique.

RS : On va essayer de regrouper...

MS1 : Je l'ai même pas noté alors que c'est mon quotidien... Bénéfice-risque. T'as raison, c'est terrible hein. Ben c'est comme toi, c'est évident quoi !

MS4 : C'est tellement évident ouais...

RS : D'accord.

MS2 : Rapport bénéfice-risque. Pour moi, c'est... le plus important. Rapport bénéfice-risque. Après le risque de l'acte thérapeutique ou diagnostic en l'absolu... On va pas faire un scanner alors qu'une IRM... C'est quand même moins toxique. Par exemple...

RS : D'accord... Donc on est toujours dans le rapport bénéfices-risques, toujours dans ce cadre-là, d'accord.

MS2 : Toujours...

RS : Donc on va les mettre comme ça (*décale les post-its de MS2, qui les arrangeait séparément, pour les regrouper avec ceux de MS1*), on va essayer de les regrouper... D'accord... Euh, là tu as mis « intérêt pour le patient », MS1 tu as mis « discussion », c'était avec le patient? est-ce que?

MS1 : En fait discussion c'est tout ça : c'est l'intérêt pour le patient, est-ce qu'il accepte, et puis bien sûr c'est arriver à un bénéfice-risque...

RS : Ça déjà pour le patient... On va te mettre un petit peu en même temps...

MS2 : Est-ce qu'il comprend bien les enjeux, est-ce qu'il accepterait le diagnostic et le traitement, *(partie inaudible)* est-ce qu'il comprend bien les enjeux... ce qui est très important aussi actuellement c'est les délais d'obtention des examens ou des... Ça c'est très important... C'est que ça change...

RS : Là on est un peu dans le cadre « disponibilité » mais c'était pas la même chose...

MS2 : Alors ensuite, il y a le parapluie. Au risque de rater un diagnostic, de rater un traitement, on multiplie certains examens pour avoir le panel... tout le panel et certains je pense que, il n'y aura pas de ...

RS : Oui, c'est ça...

MS4 : Ceinture et bretelles...

MS2 : Alors le parapluie, soit c'est pour moi parce que..., soit c'est pour le patient parce qu'il veut tout. Il veut tout et je me vois pas ne pas... Ne pas souvent, en général ne pas accepter sa demande.

RS : D'accord.

MS1 : Ce qui est terrible c'est qu'au moment où tu veux plus faire de parapluie, c'est là que tu trouves parfois des choses...

RS : Bon d'accord.

MS2 : Et alors après... Alors on se méfie aussi beaucoup de recherche de bénéfices secondaires, qui va... qui va faire disparaître un bénéfice thérapeutique, c'est-à-dire que... dans beaucoup de cas il ne guérira jamais, tant qu'il n'a pas obtenu ce qu'il veut, une reconnaissance dans son travail, l'arrêt ou... Et ça fait vraiment partie de... C'est à dire que mes décisions sont pas du tout les mêmes. Alors par exemple...

RS : Si tu perçois qu'il y a un besoin de...

MS2 : Un besoin de...

RS : ...de reconnaissance, fin d'un bénéfice secondaire, d'accord.

MS2 : Et après j'ai essayé de résumer : euh ma décision, soit immédiate, quand le caractère médical est évident, quand il n'y a pas trop de risques pour le patient et quand lui adhère. Là j'ai des décisions immédiates, donc je... - directement du cerveau au crayon.

RS : C'est pavlovien quoi.

MS2 : Voilà, c'est ça. Et après le transfert, c'est aussi assez pavlovien : le patient est vraiment dubitatif, c'est-à-dire qu'il n'est pas... On n'arrive pas à le convaincre, ou il arrive dans un état... Il a aucune confiance en la médecine ou en moi ou en la spécialité... j'envoie, je transfère.

RS : Donc le transfert, tu le transfères à quelqu'un d'autre.

MS2 : Le transfert, j'envoie.

MS4 : Ah oui, le transfert psy, machin...

MS2 : C'est pas un transfert...

RS : Oui c'est pas un transfert/contre-transfert...

MS2 : Quand je n'ai pas compris ce qu'il se passait, y a des fois où...

MS4 : Tu refiles le bébé à quelqu'un d'autre.

MS2 : Y a des fois où je ne suis pas compétent, ce n'est pas mon domaine, ou...

RS : OK, d'accord.

MS2 : Et puis après entre les deux, décision immédiate et transfert... Et puis après entre les deux... Ben c'est toute... C'est tout ce qui a trait aux différents diagnostics et aux différents traitements qui peuvent être entrepris en fonction des différents caractères...

RS : Parfait. Tu avais d'autres papiers ou pas?

MS2 : Oui, mais nan, c'est des redondances... Des redites.

RS : D'accord.

LL : Des redites de... ce que MS1 a dit?

MS2 : Nan nan, de ce que moi j'ai dit, de ce que moi j'ai dit.

RS : Euh, MS3?

MS3 : Ouais. Je sais plus trop où il faut les mettre mais bon...

RS : Nan mais on fera le tri après secondairement...

MS3 : Moi mon premier truc, parce que c'est vraiment important dans la prise en charge, c'était l'établissement du diagnostic d'emblée en fait. Dans notre discipline, c'est que soit au bout de 15 minutes on a fait le diagnostic, ça va pas être du tout pareil que si on sait pas vraiment ce qui se passe, quoi. Je prends l'exemple de l'ictère, où ça nous fait toujours plaisir parce que l'ictère en un quart d'heure c'est fait, avec un bout d'écho on sait ce que c'est, ou la douleur abdo... Donc pour moi c'est important dans les décisions.

RS : Ben mets-le peut-être en haut, à ce moment-là, parce que ça rejoint peut-être un peu ce qu'a dit MS1 ? : Dans la démarche clinique je pense, nan ?

MS3 ? : Ouais.

RS : On en discutera, on verra un peu tout ça.

MS3 : La qualité de l'interrogatoire. La compression du, enfin, la compréhension du patient et la façon dont il va raconter les choses, ça va...

RS : Donc MS1, y avait l'anamnèse là...

MS3 : Ouais, c'est un peu dans le même genre.

RS : C'est ça, c'est un petit peu dans le même genre. T'es d'accord, hein oui?

MS3 : Entre le patient qui comprend rien, qu'est incapable de dire ce qui va se passer ou celui qui est très clair sémiologiquement, là, ben c'est sûr ça va changer. La lettre d'adressage, pour moi c'est très important.

RS : Donc le courrier du correspondant.

MS3 : Ouais, soit le correspondant lui-même, d'emblée, mais ça va souvent avec, c'est-à-dire que y a le correspondant et y a la qualité de sa lettre d'adressage, ça va souvent avec, on sait que les décisions vont ptet pas être les mêmes, et la facilité du diagnostic sera pas la même. L'état clinique du patient en fonction des signes de gravité.

RS : D'accord, donc là aussi ça a été un peu noté, les urgences, là, tu vois, les signes de gravité, c'est noté là. D'accord.

MS3 : La disponibilité des examens biologiques, c'est ptet un peu spécifique à la discipline d'hépatologie, mais j'ai un patient sur deux qui vient pour un problème de foie qui n'amène jamais ses examens biologiques, donc...

MS4 : Ah j'ai ça moi aussi, ben moi c'est les radios, les machins...

MS3 : Évidemment, c'est vraiment un sur deux hein, donc c'est compliqué parce qu'on perd énormément de temps en pratique...

MS1, *en même temps, aparté* : Tu vois là, dans le raisonnement, les spécificités de notre pratique et de notre spécialité...

MS3 : ...et puis on sent que la motivation du patient elle est pas la même, quoi, celui qui vient sans sa prise de sang pour un bilan hépatique perturbé... On sent bien qu'il est bien là parce qu'on lui a dit de venir quoi. Donc, je sais pas où le mettre....

RS : Tu peux le mettre au milieu pour l'instant, voilà par là, on verra après.

MS3 : Euh, tout ça c'était un peu hiérarchisé, hein. Après... J'ai mis annonce de la mauvaise nouvelle, parce que c'est des consultations qu'on a souvent, et qui nous prennent plus de temps, pendant lesquels peut-être que l'entourage qu'on va avoir pendant cette consultation va être un peu différent... On va peut-être coccooner un peu plus les gens, prendre un peu plus de temps... Je ne sais pas, pour moi, pour nous c'est des consultations un peu différentes.... pénibles.

RS : Oui, ça avait pas été mis jusqu'à présent, tu peux le mettre par là....

MS3 : Discussion avec les associés et avec les autres, avec nos pairs... Tu l'avais dis aussi un peu, c'est-à-dire que ça c'est important, ça nous arrive souvent et ça va changer parfois nos habitudes...

Plusieurs conversations en même temps :

MS1 à MS2 : ... Ça nous on a pas, parce qu'on voit en fait, on le sait...

MS4 à LL : Ah ça j'ai pas mis ça, mais je vais pas recopier à chaque fois la même chose... On remettra... On peut remettre les mêmes initiales...

LL à MS4 : Vous être d'accord !

MS4 : Mais oui, c'est là que tu penses à ça, ah mais j'ai oublié !

MS1? à MS2 : ... C'est le radiologue, le spécialiste, après on travaille avec le CHU aussi...

MS3 : Genre cet après-midi j'avais une jeune femme enceinte de neuf semaines d'aménorrhée, qui venait pour une poussée, vraisemblablement de rectocolite hémorragique, qui devait avoir une rectoscopie ce matin avec un de mes associés, mais y a plus de lavements Normacol® nulle part en France.

RS : Ah bon?

MS3 : Donc on ne peut plus faire de recto¹⁵... Donc voilà, là on s'est appelé, on s'est dit ben qu'est-ce qu'on fait... enfin bref...

MS1 : Mais c'est quoi cette pénurie en ce moment? Mais y a pas que ça...

MS3 : Oui, ah nous... Ça, ça nous arrange pas...

MS1 : On n'a plus rien, ben pour les infiltrations là...

MS2 : Ah oui, on n'a plus...

MS1 : On n'a plus rien, donc on fait...

MS2 à MS1 : Ah bah non, nous non plus...

MS1 à MS2 : Tu mets quoi? tu mets...

MS2 : J'ai encore le... *non audible - continuent une discussion à deux inaudible.*

MS3 : Temps disponible pour la consultation ou l'entretien en hospitalisation.
RS : D'accord.
MS3 : C'est-à-dire qu'une journée complètement blindée, voilà... ou une journée où y'en a deux qui sont pas venu, on a un petit peu de temps... Ça peut intervenir sur nos décisions... Je ne sais pas où je te le mets...
RS : Oui, par là... On va refaire un peu la synthèse après.
MS3 : L'horaire de la consultation, c'est ptet un peu bête mais, c'est pas toujours pareil à 19h30 que à 10h le matin... *Rires*
MS4 : *remarque inaudible*
MS1 : Nan mais t'as raison...
MS3 : Ça peut jouer, ça peut jouer...
MS1 : ...quand tu vois que t'as une heure de retard et que t'as un truc hyper compliqué, tu vas demander un examen complémentaire à la con et le revoir après... J'ai déjà fait malheureusement. *D'autres acquiescent.*
MS2 : Voilà. Je le fais souvent.
MS1 : C'est pas bien mais...
MS2 : Je le fais souvent.
MS3 : Et j'ai mis l'accessibilité aux examens complémentaires.
RS ; Tu l'avais déjà dit... L'accessibilité... Délai d'obtention des examens.
MS3 : Pour nous, par exemple, c'est important, au sein de la clinique pour par exemple, on s'est refait, on a rediscuté l'autre chose : la prise en charge d'une hémorragie digestive, par exemple, on sait que nous on n'a pas d'unité de soins intensifs, on a des soins continus, mais on n'a pas de soins intensifs, donc on est parti du principe qu'on ne prendrait pas les patients pour un méléna ou une hémorragie digestive haute après 17h par exemple. Parce qu'on n'a pas le temps de le bilancer correctement... voilà. Donc nous ça peut jouer, l'accessibilité peut jouer...
RS : Ben oui tout à fait...
MS3 : Dans notre décision. Voilà.
RS : MS4?
MS4 : J'en ai plein, mais plein dans l'ordre où ça m'est venu dans la tête...
RS : Oui, oui, c'est pas grave.
MS4 : Alors, moi je prends toujours en compte, on en revient toujours sur l'anamnèse mais l'âge du patient. Parce que c'est vrai que moi je vois des enfants, je vois des personnes... Ça va de, voilà, de 7 à 77 ans ! Je ne sais pas où le mettre là.
RS : Ouais, par là...
MS4 : Et c'est vrai que... une tâche au poumon à 90 ans... *Soupire.* Là tu commences à voir avec le patient, qu'est-ce qu'il en pense, est-ce qu'il est d'accord pour ne rien faire, et ben on lui fout la paix... Donc toujours, j'en reviens à mes antécédents, là on est pareil...
RS : Ouais, d'accord.
MS4 : Oui, les médicaments. Pour nous ça joue... C'est pareil, dans l'anamnèse et tout ça, mais c'est vrai que les traitements, chez nous ça joue un grand rôle, parce que y a plein d'interactions... d'effets secondaires, de machins, donc c'est vrai que tout de suite, ça peut m'orienter aussi, d'où l'importance, je ne sais pas si j'ai remis, la lettre du médecin traitant, c'est vrai que c'est hyper important avec le traitement. Régulièrement ils viennent sans l'ordonnance, ils se rappellent plus ce qu'ils ont et donc... Alors moi... Le désir du patient, aussi. Je vais le mettre à part, peut-être, parce qu'on a pas dû en par...
RS : Si, y avait intérêt pour le patient...
MS4 : Mais moi c'est pas ça... Parce que, enfin, je sais pas moi, dans l'intérêt du patient, c'est toi qui juge si c'est intéressant pour le patient. Alors que moi, je prends en compte le désir du patient, donc là le monsieur de 90 ans qui me dit, « ben moi je veux rien faire », ben voilà, il veut rien faire. Ou il a fait un traitement : « pis moi je veux arrêter j'en ai marre »... Tu lui expliques le pour et le contre, mais tu tiens compte de son désir quoi...
RS : Ben tu le mets quelque part par là... Si tu veux. On essayera de...
MS4 : Alors, je tiens compte du lieu de vie - on va le mettre avec l'âge peut-être aussi - parce que ouais en fonction de...
RS : Habitus, je crois que t'avais...
MS4 : Habitus, ouais. Parce que...
RS : Habitus et lieu de vie c'est un peu différent quand même...
MS4 : Oui, le lieu de vie, c'est parce que je vais pas avoir... le papy qui crache chez qui... à la maison de retraite... Ben, quand même, enfin tu peux pas, t'es obligé d'aller loin, mais dans les examens. Au moins, tu fais ta radio, tu dis y a pas de signe de tuberculose, on est sauvé. Le lieu de vie, ça peut aussi être par rapport à une prise en charge. Par exemple, est-ce qu'il va aller plutôt sur Hôpital 1 ou plutôt Clinique 3, enfin, tu vois, en fonction des exam... dans le choix de l'endroit...
RS : Quand tu entends lieu de vie, c'est sur le plan géographique?

MS4 : Géographique et puis autrement, ce qui fait aussi... voilà... où est-ce qu'il habite, est-ce qu'il habite à la ferme ou pas, parce que pour nous ça oriente beaucoup dans les diagnostics. Alors je... La présence d'un tiers aussi. Alors par exemple, un enfant, faut qu'on explique, ça prend plus de temps d'expliquer aux parents, mais je repensais à un cas cet après-midi où tu sens que y a la femme qui est là, qu'est pour l'apnée du sommeil, mais y a d'autres conflits derrière, entre l'alcool, le tabac, le machin, le truc... tu sens que, ouhla, ouhou, dans quoi je m'engage... Euh on va le mettre...

RS : Ben on peut le mettre aussi avec le désir du patient, dans cet ordre-là peut-être.

MS4 : Donc après voilà, oui, y a les discussions et questions du patient sur son diagnostic, les traitements et tout ça, donc ça je sais plus où c'est qu'on avait... Y a les discussions voilà... Euh. On va pas être pareil non plus, en fonction de l'humeur du patient, s'il est angoissé, s'il est agressif, s'il est dépressif, voilà en fonction de... de son humeur.

RS : Là y avait peut-être agressivité, famille...

MS4 : Ouais, remarque, famille ça fait tiers un peu là. Ben voilà. C'est pas obligatoirement de la famille, mais c'est une autre personne quoi...

RS : Ouais, ça ce moment-là... Si tu veux qu'on mette famille par là...

MS4 : Ouais, et le sport c'est différent peut-être.

RS : Et le sport, c'est un peu différent quand même, parce que ça c'est les sportifs qui sont un peu enquiquinants...

MS1 : Pas forcément.

RS : Ben si tu veux, j'ai vu des marathoniens, si tu veux, qui font un syndrome de sevrage...

MS4 : Je voulais aussi parler de mon temps à moi.

RS : ... Parce que les endorphines, qui se cassent la gu... et ils sont très douloureux...

MS4 : Accros, ouais...

RS : ...et puis « nan, je peux pas m'arrêter une semaine, c'est impossible ! Je continue » etc. etc., la pression... J'en ai eu quelques-uns comme ça.

MS4 : Donc j'ai parlé aussi de mon temps à moi, de ma dispo... donc effectivement, si on est en retard dans les consults, machin voilà, c'est aussi, quand j'entends... je suis en train de faire les EFR¹⁶ et de l'autre côté j'entends la secrétaire (*prend une voix différente*) « bon ben y a pas de rendez-vous avant trois mois... ben attendez je vais lui demander si on peut en rajouter » (*ris*) ben là t'es là... Pfff... euh... On va mettre ça là.

RS : Ouais si tu veux, disponibilité...

MS4 : Mon humeur à moi aussi, donc c'est vrai que si on a passé un bon week-end et qu'on revient de week-end, si on a des soucis familiaux ou autres...

RS : Ça n'a pas été noté pour l'instant, donc tu peux le mettre à part peut-être...

MS4 : Bon, c'est complètement... Examen clinique, ça. On est tous d'accord. Les examens complémentaires, on est tous d'accord. C'était radiographies, autres, peu importe, prises de sang, chacun a son truc euh... Courrier du médecin, mais je parlais aussi, je pensais là cet après-midi : la discussion avec le médecin traitant. Parce que c'est vrai, des fois on prend son téléphone, et au lieu de s'envoyer des courriers où c'est pas clair, ben on se dit directement : "Bon ben je sais pas quoi en faire, toi non plus? Ben moi non plus", et voilà on est d'accord, et qu'est-ce qu'on va faire... *Rires*. Nan mais voilà, comme ça tout le monde est d'accord, et t'as pas de...

MS2 : Ça arrive, ça.

MS4 : Autrement on se dit, ben je suis nulle, j'ai rien mis... pis l'autre y va dire, ah la la... Je ne sais pas où on peut le mettre ça...

RS : On peut le mettre avec lettres...

MS4 : Lettres.

RS : Lettres d'adressage, là voilà, tout ce qui est contact avec le médecin traitant.

MS4 : Euh... Alors j'avais dit les désirs du patient, mais j'avais aussi l'avis de l'entourage du patient. En fonction de...

RS : Alors, y avait la notion de famille, est-ce que ça... ou est-ce que tu veux le mettre à part...

MS4 : Nan, je mettrais plus... je mettrais plus, parce que voilà, le désir du patient et le désir de son entourage, si la personne est plus... si c'est pour un enfant ou vraiment une personne âgée qu'est dépendante, alors que la présence d'un tiers ça va être plus pendant la consultation, je peux peut-être ne pas dire certaines choses, ou un ado, par exemple, tu vas lui poser des questions à part quand il est dans une salle et pas devant les parents... Euh... On se rend compte que c'est vachement spécifique à ce que tu fais... (*riant*)

MS3? : Ben ouais, je pense...

MS4 : Là j'avais marqué aussi, en fonction de la bonne observance d'un traitement ou l'utilisation d'un traitement, je vais avoir besoin, par exemple dans l'asthme, des choses comme ça... je peux vraiment, on prend vraiment du temps pour ça et... de réexpliquer... Alors après je sais pas dans quoi c'est ça, parce que c'est plus dans la prise en charge thérapeutique, ça... Alors où est-ce qu'on avait...

LL : Je crois qu'on a, que personne n'a parlé de...

RS : Nan, nan, c'est pas...

LL : Si, sur la chirurgie y avait le... est-ce que c'est faisable le traitement ou pas... Mais je ne sais pas comment est-ce que c'était formulé.

MS1 : C'était dans la discussion.

RS : Discussion c'est ça, là. Ben mets-le à part, si tu veux, voilà...

MS4 : Ben les possibilités thérapeutiques, effectivement, pareil. Ben je sais pas où elles étaient... T'avais mis ça où, par là ? T'avais dû mettre ça...

MS1 : Respect des pratiques... des bonnes pratiques, tu l'avais mise où ?

MS4 : Voilà, respect des pratiques, autrement... voilà, ouais, par là.

RS : Parce que là en fait, oui quand tu dis possibilité thérapeutiques, c'est par rapport à... une pathologie donnée dans un cadre spécifique de....

MS4 : Voilà, je pense toujours au cancer au machin quoi, en fonction de ce que tu viens de découvrir, tu présentes (*voix guillerette*) "oh tout va bien, on va vous opérer, ça ira mieux" ou alors c'est pas...

RS : Donc c'est un peu différent des recommandations quand même...

MS4 : Ouais, là, c'est plus... c'est plus en pratique avec le patient.

RS : D'accord.

MS4 : Alors après, l'oubli des documents, effectivement c'est casse-pied, quand ils viennent : « Je viens parce que j'ai une anomalie au scanner ! » puis ils t'amènent pas le scanner...

RS : Donc c'est un petit peu comme ta prise de sang MS3...

MS4 : Alors je ne sais plus où c'était là...

LL : En bas au milieu je crois.

MS4 : (*lis à voix basse*) temps disponible... Annonce de mauvaise nouvelle... On l'a eu pourtant. C'est MS3 qu'a...

MS3 : Ouais, moi je l'ai mis... Y a disponibilité des examens biologiques. Là, je l'ai mis là.

RS : Peut-être par là.

MS3 : Disponibilité des examens biologiques : il est un petit peu, petit peu sur ta droite. Là... Mais c'était pas tout... Ouais. Un peu dans le même genre. C'était dans ce sens-là.

RS : Ouais c'est ça, disponibilité dans le sens où le patient n'amène pas - et pas le... Ce n'est pas le fait de pas pouvoir avoir...

MS3 : Oui, c'est ça - de pas pouvoir avoir les...

MS4 : Alors que moi je l'ai mis dans les patients n'amènent pas, mais j'ai mis aussi dans les délais effectivement aussi de prise en charge. Je pense surtout au cancer : déjà le temps d'avoir ton scanner, de faire ta fibro¹⁷, t'attends l'anapath¹⁸, t'attends le machin, il suffit que tu l'ais pas eu, il va être obligé de refaire un examen, pis t'as le PET¹⁹... Des fois t'arrives, t'es... ça fait plus de deux mois que t'as le patient entre les mains, et le gars, ben il stresse, et pis toi t'as pas pu aller plus vite que... T'as fait de ton mieux mais t'as pas pu...

RS : Ouais, c'est ça, donc délai de tes consultations.

MS4 : Et délai de diagnostic, examens complémentaires et traitements.

RS : D'accord. Alors ça...

LL : Ben c'est tout à gauche : temps des examens complémentaires.

RS : Ouais, temps, disponibilité...

MS4 : Donc ça c'était perso, mon temps à moi, mais là c'est le temps patient. Pis dans ce qui a été dit déjà, j'ai plein d'autres trucs aussi, je suis d'accord avec eux... Au final, on a tous...

RS : Alors, si on reprend un petit peu les choses... Y a l'humeur du patient, d'accord. Alors euh...

LL : Nan, l'humeur du médecin.

RS : L'observance et l'utilisation du traitement, là on a l'humeur du médecin, on a l'humeur du patient avec l'agressivité, le fait qu'il y ait une famille ou la présence d'un tiers ou des conditions un peu particulières... Tout ceci tourne autour j'allais dire (*en montrant la partie concernée du tableau*) de la procédure diagnostique en fait, avec l'examen clinique, l'anamnèse etc, on voit que y a un gros champ réservé à l'examen clinique; des éléments d'urgence ou de priorisation, de ce côté-là, et puis ensuite y a quelques éléments sur le patient avec son, son désir, l'entourage, la discussion qu'il va y avoir avec le patient, la discussion par rapport aux traitements proposés. Toujours dans le cadre avec, si on met le patient, l'annonce de la mauvaise nouvelle de ce côté-là. Alors, temps disponible pour la consultation... Euh... L'entretien en...

MS3 : L'entretien en hospitalisation.

MS4 : En hospitalisation. C'est ça, c'est ça le temps du médecin qu'on cherchait tout à l'heure.

RS : Les horaires de consultation, donc la gravité... Donc si je fais un petit peu une synthèse, y a donc un gros paquet là qui concerne tout ce qui va être l'approche diagnostique, on va dire ça comme ça, avec plus ou moins l'urgence. Y a... des éléments qui con... qui vont, comment dirais-je, s'intéresser au patient et à son entourage, hein,

17 fibroscopie

18 anapathologie

19 PET scanner

c'est ce que je vois là... Euh, et puis tout ce qui va être de la discussion thérapeutique, de la prise en charge thérapeutique avec les éléments complémentaires possibles, tout ce qui va être également des protocoles et des bonnes recommandations, et... quelques éléments plus spécifiques, comme l'a dit MS4, l'humeur du patient, euh, du médecin et de l'humeur du patient... Donc euh voilà un petit peu ce qu'on peut essayer d'analyser, est-ce que vous voyez d'autres... est-ce que vous êtes d'accord avec ça, est-ce que vous voyez d'autres, d'autres éléments particuliers ?

...

LL : D'accord, pas d'accord?

MS3 : Oh ben oui, je pense qu'on est tous un peu... d'accord. Y a un truc que je voulais dire, mais c'est... c'est pas facile à exprimer, c'est les... les choses qui font aussi qu'on est assez normés dans nos décisions et dans nos conduites à tenir, c'est tous les systèmes de process, d'organisation, qui sont déjà assez normés dans notre façon de fonctionner. C'est-à-dire qu'on a un patient qu'a besoin d'une hospitalisation, on sait, paff, faut appeler telle personne qui va prévoir le lit, tout ça, ...

MS4 : Ouais.

MS3 : ...avec une espèce d'organisation qu'est faite et qui nous aide en fait là. C'est un mieux dans le sens où ça nous aide.

RS : Tu veux dire que vous avez une relative protocolisation de la prise en charge et de votre activité?

MS3 : Oui, de la prise en charge, sur l'organisation, sur quelque chose de très organisationnel.

LL : D'un circuit de soins en fait.

MS3 : D'un circuit de soins, mais d'un autre côté, quand y a un process, un circuit de soin, ça nous évite de perdre du temps aussi. C'est quelque chose qu'est assez normé.

MS4 : Donc moi dans ces cas-là, je rajouterais la secrétaire.

MS3 : Alors après, voilà, la secrétaire, l'organisation de l'établissement

MS4 : La secrétaire, elle sait, tu vas dire ça ça ça...

MS3 : Ouais, ouais.

MS4 : Tu sais d'emblée, en plus tu connais la mienne...

MS3 : Oui. C'est bien fait.

MS4 : Tu dis une fois, pof, elle sait tout de suite ce qui en découle et t'as, t'as rien - ça va être fait. C'est cool.

MS1 : T'irais jusqu'à dire que nos conditions de travail peuvent parfois modifier notre façon de prendre une décision? C'est un peu ce qu'on dit-là, c'est-à-dire que quand on est à la bourre,

MS3 : Ouais, ouais.

MS1 : ...quand tu vas dire que l'hospitalisation tu l'as pas, quand moi, je sais qu'il me reste 12 urgences à faire, qu'il est 20h et que ça va pas le faire.

MS4 *acquiesce aussi* : Ouais, je pense.

MS3 : Nous ça conditionne.

MS1 : Je pensais pas que c'était à ce point là mais...

MS4 : Je pense hein.

MS3 : Nous ça conditionne énormément. C'est-à-dire nous c'est une réflexion systématique : on sait qu'on peut faire hospitaliser le patient, que y a la personne d'astreinte, qu'on peut avoir les examens tacatac. On a un risque, on sait pas si on peut le faire, parce qu'il est 18h, on est vendredi soir, y a un afflux d'urgences le vendredi soir mais on sait pas, le diagnostic est pas fait, tout ça, dans le doute, on peut être amené à dire, ben nan, on va faire différemment, tu vois... Et je trouve aussi que quand y a quand même une espèce de normalisation de nos pratiques, ça nous aide aussi parfois de dire, t'as pas à réfléchir, tu peux faire hospitaliser ton patient. Y a 20 ans on avait beaucoup de mal à faire hospitaliser nos patients, fallait passer 18 coups de fil c'était compliqué, maintenant on sait que y a des lits dispos, hop, le patient il y va, toc.

RS : Là, tu nous dis, si je reprends tes propos, à 18h c'est pas pareil.

MS3 : C'est pas pareil.

RS : Donc pour toi c'est un déterminant.

MS3 : Ah oui.

MS2 : C'est la logistique en fait.

RS : Est-ce que tu l'avais mis?

MS3 : Je l'avais mis dans l'horaire, la disponibilité des examens, c'est surtout nous la disponibilité des examens para-clinique, de l'endoscopie...

RS : C'est surtout ça, d'accord, c'est dans...

MS3 : Mais la surveillance aussi, clinique. La surveillance elle va pas être la même un vendredi soir à 18h par le mec d'astreinte, qui va être crevé de la journée, que si on est le mardi à 14h quoi. Ben pour nous, pour nous, oui.

RS : C'est en ça que tu parles de disponibilité des examens...

MS1 : Oui, et ça, je pense que le même patient qu'on peut voir, soit MS2 soit moi, une grosse articulation, douloureuse, chaude, d'un patient "j'ai ptet fait du jardinage il y a une semaine...", qui peut être aussi une main rhumatismale avec une poussée inflammatoire inaugurale, moi j'aurais, j'ai la possibilité facilement de

l'hospitaliser, de le garder une nuit si vraiment j'ai un sérieux doute, ou bien de le revoir dès le lundi dans le service d'urgence et de l'opérer tout de suite, s'il faut, si je pense que c'est une arthrite finalement, ou d'avoir l'écho avec la clinique à côté assez vite... Toi tu pourras ptet pas forcément le gérer comme ça et raisonner comme ça...

MS2 : Si, je raisonne pareil : tu es là ! *Rires*. Et je t'appelle. C'est vrai que quand ça m'arrive...

RS : Ce que MS2 a dit.

MS2 : ... j'ai eu un vendredi soir.

MS1 : Tu fais le même boulot mais pas à Nantes, mais à quatre heures de route... Est-ce que j'envoie le patient quatre heures de route pour ça? Tu vois t'es le rhumato à Niort, il va savoir que pour la main ça va être chez nous... Tu vois ce que je veux dire?

MS2 : Oui, oui, tout à fait.

MS1 : C'est vrai qu'on se rend pas compte de notre confort dans notre décision, oui c'est ce que tu dis.

MS2 : Y a encore de la logistique derrière...

MS4 : Et encore vous, vous êtes dans la clinique, donc vous avez vous cette porte de sortie, moi c'est pas pour de l'hospitalisation, mais quand tu parlais, de, d'autres collègues, d'autres personnes d'astreinte et tout ça. Moi, je pense, que je dois, je dois faire gaffe aussi quand je sais que je vais être toute seule. T'es ta journée toute seule, les autres collègues sont pas là, ou y a une semaine des fois, une semaine de vacances pis y'en a deux qu'on pris en même temps, ben tu charges pas trop ton emploi du temps, tu te laisses des places d'urgences, des machins, pour pouvoir gérer, parce que tu sais que tu vas avoir des appels des autres patients, de médecins, pis va falloir donner des avis... et...

MS3 : Genre le vendredi après-midi.

MS4 : Et d'où la secrétaire hyper efficace, qui te connaît...

MS3 : Merci A.

MS4 : Merci A., secrétaire en or.

MS1 : Mais toute notre démarche, ça évite les pertes de chance. On peut pas se dire à chaque fois, « oh c'est bon ça doit pas être ça » parce qu'un jour ça nous retombe dessus. De garder le patient pas loin, ou bien d'avoir un avis en aval facile en cas de souci, c'est quand même indispensable. C'est pas confortable.

RS : D'accord.

LL : Donc le lieu... de travail finalement, et puis.

MS1 : Ben j'y ai pas pensé, mais je fais plus de la chirurgie de la main pareil ici que je faisais au CHU de Caen où j'ai été formé, c'est sûr. C'est vrai que vous avez raison. Le fait d'avoir le psychologue, les kinés tout de suite, les orthésistes... Même si on a énormément de boulot, c'est un vrai confort.

MS4 : Ce que tu dis, l'importance des collègues et de l'équipe.

MS3 : C'est un travail en équipe, quoi, un travail en équipe.

MS1 : Ce que tu dis quoi, de travailler en équipe, d'avoir des process...

RS : Tu rajouterais le contexte de soins, là.

MS1 : Ouais vraiment, on y a pas pensé mais c'est évident quoi.

LL : Ben je veux bien un post-it...

RS : Je veux bien un post-it alors.

MS1 : Moi j'ai une histoire de chasse qui me revient comme ça, qui m'a fait un peu évoluer, qui peut peut-être vous surprendre, mais la religion.

MS4 : Oui, tu as raison. Ben moi je suis en plein dedans en ce moment-là. Quand tu fais l'enregistrement du sommeil et comment je vais faire pour faire la prière cette nuit... tu remettras ta pince...

MS1 : Ben pareil, chez des patients de confession musulmane, leur patient...

MS2 : Ils font la nuit leur prière?

MS4 : Ouais.

MS2 : La nuit?

MS4 : Ben nan, mais à 4h du matin. Donc là en en moment c'est ramadan, donc ils mangent et ils se couchent pas de bonne heure. Ils se couchent pas de bonne heure, donc ils mangent... Donc toi t'installes l'appareil, il va y avoir la soupe, le machin, puis à après 4h y aura les ablutions et... Donc tu te dis oh là, attends.

MS1 : C'était pour de la main congénitale, j'ai cette spécificité dans mon équipe, un gamin qu'avait deux mains en cuillère, la seule solution pour lui redonner une pince, c'était de lui faire des amputations. Donc déjà qu'il lui manquait des rayons, on lui disait qu'il fallait en retirer. Je comprenais pas l'opposition des parents, c'est notre psychologue qui a finis par... Parce qu'ils osaient pas me le dire aussi clairement. Et effectivement, l'amputation qu'elle soit traumatique ou médicale dans la confession musulmane, c'est un vrai vrai problème.

RS : Tout à fait, ouais.

LL : Ben je veux bien un post-it religion aussi...

MS4 : Ah bah je savais pas ça, moi...

MS2 : Ah bon?

MS1 : Ben moi non plus. Et là on a eu un amputé traumatique, ça a été le même souci. Ils nous demandent absolument de faire un transfert d'orteil alors qu'il fume 20 clopes par jour et qu'il a 40 ans et qu'on fera jamais.

MS4 : Mais alors là, on met la religion mais à ce moment-là tu peux aussi...

MS3 : C'est quoi, c'est parce qu'on coupe les mains sinon dans la religion musulmane...?

MS1 : C'est la vision de la mutilation en fait, c'est, c'est un châtement donc...

MS3 : C'est ça. Châtement donc.

MS4 : L'ethnie et les coutumes aussi... Je pense à ça parce que j'ai eu un, un monsieur, un réfugié, alors je sais plus d'où il était. Euh... Éthiopie je crois. Et il est venu pour suspicion de tuberculose et après coup je me suis dit, mais pourquoi la médecin elle l'a pas envoyé directement à l'hôpital? Parce que c'est forte suspicion de tuberculose, sauf que moi, j'ai appelé, ils avaient pas une chambre libre tout seule, tout de suite, à l'hôpital, et "on va le rappeler", et en fin de compte, le gars il est parti dans la nature. Et là tu te dis merde j'ai pas gazé là.... Mais... En fin de compte, il avait pas besoin de venir me voir, il fallait qu'il soit hospitalisé tout de suite. Mais en... je dis ça parce que l'Africain...

RS : Mais en quoi c'est des caractéristiques ethniques... pour toi?

MS4 : Ben parce que... le, ben, du fait, comme je vais au Bénin, tu te rends compte aussi, très souvent, pour eux l'hôpital ça veut dire c'est très grave, pour la tuberculose en Afrique, c'est terrible, t'en meurt.

RS : Oui je sais... C'est banal.

MS4 : Ben non, justement t'en meurs. Alors que ici tu vas lui dire, ben non. Vous avez la chance d'être hospitalisé et de pouvoir avoir des traitements qui vont vous guérir... Mais eux, ben ils savent que chez eux, tu meurs, c'est fini. Donc voilà, donc, après... C'est pas obligatoirement l'ethnie, c'est tout le monde, selon les croyances et tout ça.

RS : Tu peux marquer croyances du patient...

MS4 : Je vais mettre les croyances ouais.

MS1 : C'est sur que la vision de l'hôpital pour nos grand-parents...

MS2 : Aller à l'hôpital c'était... *(MS1 et MS2 continuent leurs phrases mais sont inaudibles)*

MS1 : ... Certaines tumeurs y a encore ça

MS4 : J'ai dis ça parce que je pense à lui.. Mais effectivement, même avec de bons français de souche, t'as aussi les croyances.. Avec le... le coton magnétisé

RS : Et les vers, docteur

MS4 : Et les vers ! Méningite verreuse. D. il a eu méningite verreuse. *Rires*

RS : Ah ben oui, ça m'étonne pas de lui... Bon alors, est-ce que...

MS1 : Et les réfugiés c'est un vrai truc, hein. Parce qu'on en a pas mal... j'allais dire à Clinique 5 mais on y est plus mais... C'est pas la même prise en charge. C'est des gens qu'on a ?...

MS4 : Ah bah tient, ça me fait penser à la barrière de la langue.

MS2 : C'est vrai.

MS3 : Oui, on n'a pas mis barrière de la langue.

MS1 : Oui, et les réfugiés c'est pareil. Nous on en a eu un qu'avait pété des câbles au bloc parce qu'il comprenait pas ce qu'on allait lui faire.

MS3 : Faut qu'on le mette parce que c'est quand même tout le temps.

MS4 : Mais à tout niveau parce que même des fois tu fais des... avec des gens qui habitent en France depuis très longtemps et qui parlent pas bien français... Ben va expliquer comment faire les EFR. « Ahtonton, ahtonton. D'accord? » Ben tu fais les gestes et après ça... t'arrives à le faire *(en riant)*.

MS1 : Et le correspondant lui-même. Est-ce qu'on raisonne pareil en fonction du correspondant?

MS3 : Nan. Pas du tout.

MS4 : Ah nan. Perso nan.

MS3 : Perso nan.

MS1 : Y a le côté, avec lui on sait ce sera toujours carré, tu peux faire... Je lis sa lettre, j'ai le diagnostic. Et puis aussi, les correspondants à qui on veut presque faire plaisir, parce que c'est un copain, parce que... Ah ouais merde, son patient c'est foireux, mais merde, il faut que je fasse un courrier un peu plus... Donc, quand même...

MS4 : Et encore, t'es gentil, moi y'en a certains... « Ah nan, pas lui... »

MS3 : Moi c'est plus, c'est plus si tu veux la...

MS4 : Ah nan mais moi je l'avoue mais y'en a certains je...

MS1 : On a la chance d'être spécialiste et de pas forcément les revoir dans ce cas-là... Donc faut avoir une compassion pour le collègue qui le revoit régulièrement.

MS3 : Ben, je ne sais pas si on peut le dire ou pas mais, c'est quand même très variable et ça peut beaucoup nous aider en effet l'adressage et la personne qui adresse... ou alors on sait très bien que là, ben on démarre à l'aveugle, parce qu'on nous a rien dit... rien rien rien.

MS4 : C'est ça... Quand t'as un bout de papier "Avis pneumo".

MS3 : Ben voilà, c'est ça.

MS4 : ... Pourquoi?

MS3 : Alors que y avait plein de choses à dire sur les antécédents, sur tout ça...

MS4 : Avec un papy qu'est à moitié sourd et qu'a des troubles de la mémoire... t'es content. « Qu'est-ce qui vous arrive »

MS3 : On va pas agir de la même manière, c'est sûr, on sera plus vigilant, je sais pas...

MS4 : Ouais.

MS1 : Pis nous on a le problème en chirurgie de la main : c'est de la main, on vous l'envoie. Nan mais, un grain de beauté à la main, on n'est pas dermatologue, la rhumato, on les a en première intention les troubles musculo-squelettiques...

MS4 : C'est ça. Nous on a pareil, ils toussent c'est de la pneumo.

MS3 : Nous c'est pareil, moi j'ai un collègue la semaine dernière, vendredi soir, il a eu une grossesse extra-utérine si tu veux... Donc c'est pareil, ça reste le 18h un vendredi soir, douleur abdo, bon ben là c'était une grossesse extra-utérine. Il a fait le diagnostic, mais c'était pas mal, parce que c'était dangereux quand même, et c'est tout le temps, sur la gynéco, nous sur l'urologie, mais c'est tout le temps ça...

MS1 : C'était diagnostic de garde ça, quand j'étais...

MS3 : Donc ça nous fout les jetons quoi... D'où un peu l'horaire, le machin. Et la lettre d'adressage.

MS4 : Ben c'est vrai, en fonction aussi du confrère... qui adresse. Y a des fois tu dis : « oh nan, pff, ça va encore être un patient chiant, un machin... » Tu sais que t'en as qu'ont tous... ou alors y a aussi, certains patients...

RS : Oui, mais MS4, en fait, en quoi le fait de penser que le patient va être chiant, si tu veux...

MS4 : Nan, mais c'est parce que le médecin, la façon dont certains médecins et y'en a... c'est toujours bordélique, et donc tu commences déjà, toi de mauvaise humeur, parce que le patient te dit, nan mais je vais encore rien savoir et va falloir que je me débrouille et que je fasse tout le boulot alors qu'il aurait pu me donner des renseignements quoi.

MS3 : Et que le patient il arrive en n'ayant aucune information sur...

MS4 : « Pourquoi vous venez? », « Ben je sais pas on m'a dit de venir ».

MS3 : ... le fait qu'il vienne en consultation et sur ce qu'on va lui faire derrière, tu vois à la rigueur. Même pas un minimum d'informations, ça peut être intéressant d'avoir un minimum d'informations de la part du pra... Que le patient il sache un peu à quelle sauce il va être mangé quand même...

MS4 : Et par contre dans l'autre sens aussi tu as certains patients chroniques que tu vois régulièrement et tu as des patients que tu aimes bien, et déjà, tu vois le nom oh bah déjà t'es, t'es content. Et t'as d'autres, tu vois le nom et tu dis oh nan... Pas lui !

MS1 : C'est vrai qu'il y a des patients...

LL : Et ça c'est selon la personne qu'adresse ou selon le patient?

MS4 : Nan, ça c'est des patients que je connais...

MS3 : Oh ça peut être le patient ouais...

MS4 : ... mais y'en a que je suis depuis 15 ans, et y'en a je suis contente de les revoir parce que c'est des gens que j'apprécie puis t'en a d'autres... Mais c'est plus fort, c'est plus fort que toi, t'essayes de te reprendre, hein, c'est pas pour ça que je vais pas bien le soigner, mais t'as toujours un a priori négatif quand tu regardes ta liste du matin...

MS1, *en même temps* : Tu te fais engueuler (?) en post-opératoire pour une raideur articulaire attendue après ligamentoplastie... tu reprends le compte-rendu opératoire...

MS2 : T'as raison.

MS1 : C'est pas la même relation après.

RS : Tu me dis que la relation que tu as avec les patients est un déterminant?

MS4 : Oui.

MS3 : Oui, nan, je crois qu'on est d'accord là-dessus, moi je l'ai pas mis mais je crois que c'est important.

RS : Mets-le, parce que là vous êtes en train de dire que la relation que vous avez avec votre patient est un déterminant. Vous allez pas agir de la même façon.

MS3 : C'est vrai.

RS : Globalement si je... , entre le malade qui t'emmerde et le malade qui te fait plaisir, tu vas pas fonctionner pareil.

MS4 : Ben je vais essayer de me retenir quand même, de faire des trucs, mais tu vois bien, *grogne*.

RS : Tu vas être peut-être un peu moins agréable avec ton patient

MS4 : Peut-être.

RS : Donc c'est un déterminant de ta décision.

MS4 : Ou alors j'essaye d'être gentille mais... Bon allez, hein !

MS3 : On peut, on peut pousser...

MS4 : Bon allez, c'est bon on y va ! *Rit*.

RS : Bon ben d'accord...

MS4 : J'essaye toujours de faire attention de pas le faire trop transparaître mais je pense que...

RS : On n'est bien d'accord tous ensemble que y a des patients...

MS3 : Que t'es content de voir et d'autre...

MS4 : Agréables et d'autres désagréables.

RS : Comme je dis toujours à mes internes, faut avoir une neutralité affective...

MS1 : Chez Mme Machin...

MS2 : Je vais encore rien comprendre.

MS3 : Ou je vais pas pouvoir l'aider aussi.

RS : ... en sachant qu'on a parfois une neutralité bienveillante et parfois une neutralité agacée.

MS4 : C'est ça. Exactement. C'est exactement ça.

MS1 : Je suis avocat spécialisé dans la défense des droits des malades... *Rient.* Installez-vous monsieur. Un petit café?

MS2 : Ben justement j'ai un rendez-vous... Je me casse.

MS4 : Alors attend ça m'a fait penser à un autre truc... Mince, j'ai oublié...

MS3 : Ben y a la complexité du, du cas aussi.

MS4 : Oui.

MS1 : Mais ça va pas influencer ta décision ça. Ta façon d'être sûrement mais...

MS3 : Nan, c'est vrai.

RS : Bon. Est-ce... On a déjà eu plein de choses de dites.

MS4 : Attends je pense à un autre truc mais...

RS : Est-ce que vous voyez d'autres éléments à pointer?

MS4 : Y a des choses aussi, faut faire attention, parce que des fois, je pense à ça, moi les secrétaires elles prennent le rendez-vous, puis c'est marqué, ben... reviens pour le papier, pour la DEP, pour la machine du sommeil, j'ai eu le cas cet après-midi, c'était ça, et puis en fin de compte, ben toi poum, bon ben ça va aller vite, et tout à coup tu regardes quand même ton dossier, j'avais dis quoi là? Ah il fume toujours, ben y avait longtemps que j'ai pas fait ça... et au final, de toujours remettre en cause, même ce que tu penses à... ben au départ tu dis je vais faire que ça... va y avoir sans doute que ça, puis au cours de ta consultation - attend, faut pas que j'oublie... Y avais encore ça y a ça, on va rajouter tel examen que j'avais pas prévu au départ, juste au vu du planning hein, et pour faire attention à pas passer justement à côté d'un diagnostic...

RS : C'était un petit peu ce qui avait été mis hein...

MS4 : On avait mis ça?

RS : On avait mis risque, risque de passer à côté de quelque chose... euh... MS2...

MS2 : C'était le parapluie... C'est un peu le parapluie

MS4 : Nan, alors que moi c'est pas le parapluie. C'est...

MS3 : C'est la relecture de ton dossier.

MS4 : Voilà, c'est la relecture de mon dossier. Le patient il s'est présenté : « je reviens pour le renouvellement de la machine » mais en vérité y a pas que le renouve... Moi j'estime qu'il n'y a pas que ça. Et donc de pas tout gober ce qui a été mis sur ton emploi du temps, ce qui a été mis en résumé, alors que... Je ne sais pas comment, je ne sais pas comment le traduire.

RS : Dire du suivi...

MS4 : Ben de réévaluer à chaque fois l'utilité...

MS3 : Réévaluation...

MS4 : Ouais, voilà...

RS : Ben tu peux le noter si tu veux, si ça t'embête pas, parce qu'après Lise va récupérer tous ces petits, petits post-its pour faire sa synthèse...

MS4 : Et là j'ai encore eu plus le cas aujourd'hui parce que je me retrouve à avoir des... à revoir des patients qu'avaient été vus par la remplaçante, que j'avais jamais vus, c'était une première fois, donc tu connais pas la personne, tu te replonges dans le dossier, ce qu'elle a fait, ce qu'elle a pas fait, tu vois le...

RS : Très bien. Bon ben... Y a plein de choses qui ont été dites... C'est toujours intéressant de réfléchir comment on fonctionne, parce que finalement on se dit que c'est ptet pas si simple que ça...

MS1 : On n'a pas souvent du recul sur notre façon de travailler...

RS : Ben ça c'est... c'est des habitudes de travail. Vous avez ça en tête mais dans un profond coin de votre cerveau, si vous voulez, et avec les automatismes de fonctionnement et on pense pas que... Comme Monsieur Jourdain qui fait de la prose sans le savoir hein...

MS4 : C'est ça exactement.

RS : La seule différence, c'est que tous ces déterminants ils ont forcément un impact sur les patients, derrière. C'est ça. Donc nous c'est vrai avec nos internes on travaille beaucoup là-dessus maintenant pour essayer de les faire pointer tout ça de façon à... des internes, Lise a été interne chez moi, mes autres internes... « Qu'est-ce qui fait que tu as prescrit tel médicament ? Tu me dis que c'était pas utile mais tu l'as prescrit quand même, qu'est-ce qui... ? » « J'ai pas pu résister à la demande de la mère, quoi. » Bon ça c'est un déterminant quoi.

Acquiescent.

MS3 : C'est vrai qu'on l'a pas mis la pression...

MS4 : J'avais mis la pression de l'entourage, ou la présence d'un tiers...

MS3 : La pression, parce que y a des fois y a une vraie pression...

MS2 : La pression hmm hm.

LL : Si y avait des personnes qu'avait mis qu'est-ce que le patient voulait...

MS4 : Le désir du patient...

RS : MS2 a dit aussi que si y a une demande importante d'exams, tu te voyais mal refuser...

MS2 : Refuser, tout à fait...

MS3 : Parce que le désir ça peut être... Le désir, c'est plutôt positif, mais la pression...

MS4 : Pas toujours...

RS : Ben oui, MS1, tu peux le noter... Ça n'a pas été noté.

MS1 : Pression administrative, moi je suis désolé, on nous force à refaire des exams, des électromyogrammes de moins de six mois. C'est complètement con.

MS2 : Ah bon?

MS1 : Oui...

MS4 : C'est ça. Ben comme les radiologues qui veulent une créat²⁰ de moins d'un mois, avant c'était moins de trois mois.

MS1 : C'est l'Agence Régionale de Santé qui nous a envoyé un courrier il y a deux ans, une recommandation d'il y a trois ans, où ils nous disent : « Vous ne pouvez pas opérer un canal carpien ou un syndrome canalair avec un électromyogramme de plus de six mois. » Alors on leur dit « ouais mais attendez, si par exemple... »

MS4 : Y a six mois de délais pour en avoir un ! Haha.

La : Nan, nan, ça va. Mais si le patient il a un électromyogramme il y a trois ans qui était ultra pathologique, je veux dire, il s'est pas amélioré !

MS3 : Il va pas guérir

MS4 : Il va pas s'améliorer...

MS1 : Et donc nous on passait outre ! Et on s'est pris un courrier, parce que toujours, on opère des patients qui... Le mythe, le mythe en France de l'administratif qui pense qu'on opère des patients qu'il faut pas opérer !

MS2 : Et pourquoi ils vous envoient un courrier?

MS4 : Mais oui bien sûr, vous avez le bistouri entre les dents, c'est bien connu...

MS2 : Pourquoi aussi est-ce qu'ils envoient ça?

MS1 : C'est la faute des Anglo-Saxons ça, vraiment. Parce qu'en Angleterre ils n'opèrent pas les patients parce qu'ils ont, soit le système NHS²¹ où ils peuvent pas les opérer, soit sinon c'est des cliniques privés où là c'est les patients qui peuvent pas payer. Et donc, des statistiques anglo-saxonnes, qui bousillent certaines de nos études européennes qu'on a en ce moment en commun avec eux, on se fout sur la gueule parce qu'on parle pas le même langage, nos politiques sont en train de récupérer ça et de dire, « ouais, nan mais là, vous opérez beaucoup plus »; mais oui, mais on fait ptet beaucoup moins souffrir les gens aussi. C'est effrayant.

MS4 : Mais ouais, c'est ça, faut tout voir quoi.

MS1 : Donc moi je mets pression administrative.

RS : Ben oui, tu le rajoutes, pas de souci.

MS4 : Ben là, et puis ben, la pression... comment on appelle ça... On va dire : l'inorganisation actuelle (*rit*) à la Clinique là, à Clinique 1. Ben nous ça fait maintenant deux mois qu'on a déménagé.

MS1 : Bâtiment X., là?

MS4 : Bâtiment X., et donc ce matin, j'étais au bloc, et y a une patiente, une patiente de M., elle m'avait demandé de la reponctionner, je l'ai ponctionnée déjà il y a 15 jours, donc, c'est une ptite mamie de 78 ans, tu te dis c'est sur elle va venir, elle l'a vu hier, elle a dit : « Vous retournez voir MS4, elle va vous reponctionner », la dame, elle a attendu une heure et demi ! Et pis moi, elle apparaissait nulle part sur les ordinateurs ! Tu téléphones à droite à gauche, ben nan, elle est pas là, elle est pas là. Ben mince... j'ai failli partir et au dernier moment, cling ! ça y est elle est apparue. Mais ça faisait une heure et demi qu'elle était dans les murs. Donc, elle, elle est stressée parce qu'en me disant, elle m'a oublié, elle m'a pas oublié, moi, en me disant, elle est pas venu, encore un qui pose un lapin, t'es prêt à partir et on a failli ne pas voir le... le... Ça c'est plus le problème d'organisation...

RS : C'est un petit peu le contexte de travail...

MS4 : C'est ça, le contexte de travail.

...

RS : Bon. Ben écoutez, si vous pensez avoir fait le tour de la question... Il va nous rester à vous remercier sincèrement de tout ça... C'était tout à fait intéressant.

MS1 : Merci à vous, c'était intéressant pour nous aussi...

MS4 : Ouais.

MS3 : C'était intéressant.

MS4 : De faire un point un petit peu sur ce que tu fais... En plus, c'est rassurant. Tu te dis, tous les quatre, on fait à peu près pareil. On a chacun nos spécialités mais on prend toujours en compte le patient et..

²⁰ créatininémie

²¹ *National Health Service*

Vu, le Président du Jury et Directeur de Thèse,
SENAND Rémy, professeur de médecine générale,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Perception des déterminants de la décision médicale par des médecins de premier et de deuxième recours

RESUME

- **Introduction** : Les déterminants de la décision médicale sont nombreux et dépendent du contexte, du médecin, des données scientifiques, du patient, et du modèle de décision. Percevoir ces déterminants permet de critiquer et d'améliorer la décision, de prendre en charge des situations complexes et d'éviter certains biais. Les médecins qui exercent en France en ambulatoire perçoivent-ils les déterminants de la décision médicale ?

- **Objectif** : Interroger la perception des déterminants de la décision médicale par des médecins spécialistes en médecine générale (appelés généralistes) et des médecins spécialistes d'organes et d'appareils (appelés spécialistes), exerçant en ambulatoire.

- **Matériels et méthode** : Une dizaine de médecins, répartis en deux groupes, soit généralistes, soit spécialistes, exerçant principalement en ambulatoire dans la métropole nantaise, ont été recrutés par téléphone, via le secrétariat, par courriel ou par fax. Les médecins réunis ont listé individuellement les déterminants de leurs décisions médicales ; puis ils les ont mis en commun, en classant au tableau des idées écrites sur des cartons ; enfin ils ont discuté et commenté les réponses obtenues.

- **Résultats** : 405 généralistes, dont cinq participants, et 386 spécialistes, dont quatre participants, ont été contactés. Chaque médecin a identifié 10 à 29 déterminants de la décision médicale. La discussion collective a permis d'identifier dix autres déterminants dans chaque groupe. Les idées mises en commun n'ont pas été organisées. Aucun concept n'a été utilisé. Les déterminants relevant du contexte et du médecin ont été largement développés dans les deux groupes. La décision médicale dépendrait de données scientifiques et de recommandations pour les spécialistes, alors que les généralistes ont débattu de leur place dans la décision. Le patient a été peu évoqué. Le modèle de décision n'est pas apparu explicitement.

- **Discussion** : L'étude a été limitée par le petit nombre de participants et l'absence de saturation des données. La richesse du sujet et des résultats a permis de discuter chaque déterminant. Les déterminants cités par les médecins ne semblaient pas s'inscrire dans une prise en charge consciente des situations complexes ni dans l'utilisation d'un modèle bio-psycho-social structuré.

- **Conclusion** : Les médecins interrogés ont perçu une partie seulement des déterminants de la décision médicale, surtout ceux relevant du contexte et du médecin. Ils n'ont pas évoqué et ne semblaient pas connaître les théories qui donnent un cadre conceptuel à la décision médicale. Les résultats de cette étude originale devront être confortés par d'autres.

MOTS-CLES

Déterminants ; décision médicale ; décision clinique ; raisonnement clinique ; modèle bio-psycho-social ; complexité.