



Université Catholique de Louvain

Master complémentaire en médecine générale

Fiabilité du gut feeling en médecine générale

**Quelle est la fiabilité du gut feeling par rapport au
raisonnement analytique dans la prise de décisions
médicales en médecine générale ?**

Docteur Depré Hannah

Année académique 2020-2021

Promoteur : Docteur Déome Pierre

Remerciements

Un grand merci à mon promoteur, Dr. Pierre Déome, pour ses conseils avisés et le temps qu'il m'a consacré.

Je souhaiterais également remercier le Dr. De Jonghe pour ses commentaires et corrections.

Je voudrais remercier mes collègues et, tout particulièrement, le Dr. Emily Maldacker pour son écoute et sa bienveillance.

Merci aux médecins interrogés d'avoir pris le temps dans leurs horaires déjà surchargés de m'avoir reçu.

Enfin, je souhaiterais exprimer ma gratitude à ma famille et à mon compagnon pour leur relecture et leur soutien inconditionnel.

Table des matières

1. Glossaire	5
2. Résumé	6
3. Introduction	7
3.1. MOTIVATION	7
3.2. THÉORIE	8
Gut feeling : émergence d'un concept et définition	8
Gut feeling : quels sont les facteurs qui le déterminent ?	8
Gut feeling : du concept théorique à la pratique.	9
Gut feeling versus raisonnement analytique.	11
3.3. LE GUT FEELING: ENCORE BEAUCOUP DE ZONES D'OMBRE	11
Intérêt du gut feeling en médecine générale	12
3.4. QUESTION DE RECHERCHE	12
P.I.C.O.	12
4. Méthodologie	13
4.1. RECHERCHE DE LITTÉRATURE	13
4.2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	14
Etude qualitative	14
Modalités de sélection de la population étudiée	15
Anonymisation	15
Méthode d'analyse	16
Comité d'éthique	
Le TFE a été approuvé par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) le 18 août 2021.	16
5. Résultats	17
5.1. PARTICIPANTS	17

5.2. GUT FEELING: UN CONCEPT PEU CONNU MAIS UNANIMEMENT RECONNU	18
5.3. PERCEPTION DU GUT FEELING EN MÉDECINE GÉNÉRALE	19
5.4. GUT FEELING: CE SENTIMENT QUI PEUT SURGIR À CHAQUE INSTANT...MAIS PAS FORCÉMENT FRÉQUEMMENT	20
5.5. LE GUT FEELING: UN MOTEUR	22
5.6. GUT FEELING ET PRÉVENTION QUATERNAIRE	23
5.7. GUT FEELING ET RAISONNEMENT ANALYTIQUE: UNE COMPLÉMENTARITÉ AU SERVICE DU RAISONNEMENT MÉDICAL	23
5.8. FACTEURS INFLUENÇANT L'APPARITION D'UN SENTIMENT D'ALARME	26
5.9. FIABILITÉ DU GUT FEELING ET FACTEURS DÉTERMINANTS	27
5.10. UTILITÉ EN MÉDECINE	29
5.11. GUT FEELING: UNE NOTION SUBJECTIVE DIFFICILE À APPRENDRE	30
6. Discussion	32
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION AVEC LA LITTÉRATURE	32
Concept peu connu mais reconnu	32
Le gut feeling : un outil particulièrement utile en médecine générale	32
Le gut feeling : une mosaïque de facteurs qui expliquent sa survenue	32
Le gut feeling : un signe qu'il faut aller plus loin	34
Comment le gut feeling s'intègre-t-il dans le processus de raisonnement médical ?	34
Expérience clinique et fiabilité du gut feeling	36
Fiabilité du gut feeling : autres facteurs	38
Pistes d'apprentissage	39
6.2. LES LIMITES ET BIAIS	42
6.3. RÉFLEXION PERSONNELLE	43
7. Conclusion	45
8. Bibliographie	47

1. Glossaire

TFE : travail de fin d'étude

MeSH : Medical Subject Headings

ECG: électrocardiogramme

2. Résumé

Introduction : Le gut feeling est un type d'intuition axé sur le pronostic qui peut, ou non, s'accompagner de sensations physiques. Il peut se manifester comme un sentiment d'alarme ou de réassurance. C'est un sentiment utilisé par les médecins généralistes qui peut leur servir de compas face à l'incertitude diagnostique. Le gut feeling semble être un guide fiable dans certains contextes particuliers comme la détection d'infections sévères chez les enfants, la détection de cancers ou la prise en charge d'une douleur thoracique et/ou dyspnée.

Objectif: Mieux définir la fiabilité du gut feeling, et les facteurs qui influencent cette fiabilité, par rapport à la fiabilité du raisonnement analytique en termes de bonne prise en charge du patient. Un objectif secondaire est d'élaborer quelques pistes afin d'intégrer ce concept dans le cursus médical, si ce dernier s'avère fiable et modulable.

Méthodologie: Une recherche de littérature non exhaustive a été réalisée suivie d'une étude qualitative par le biais d'entretiens individuels. L'échantillon est composé de 10 médecins généralistes pratiquant à Bruxelles.

Résultats: Le sentiment de gut feeling était reconnu par tous les participants. Le gut feeling est un sentiment qui pousserait le médecin généraliste à agir et à mettre en place certains filets de sécurité. Les déterminants de la survenue du gut feeling et de sa fiabilité seraient multiples. L'expérience du médecin semblait néanmoins être un des facteurs déterminants les plus importants. Tous les médecins étaient unanimes sur le fait qu'il faudrait introduire ce concept dans le parcours d'apprentissage des étudiants en médecine. La manière d'y parvenir était néanmoins beaucoup moins claire. L'aiguïsement du gut feeling par feed back semblait constituer une piste prometteuse.

Conclusion: Une utilisation à bon escient du gut feeling pourrait améliorer les performances pronostiques et diagnostiques du médecin au chevet du patient et ce, dès le début de leur formation. Au vu de l'enjeu de la compréhension de ce concept, des recherches plus approfondies concernant sa fiabilité et les déterminants de sa fiabilité sont nécessaires afin d'éventuellement l'intégrer dans le cursus médical.

Mots clés: gut feeling, intuition, fiabilité, médecine générale, étude qualitative.

Indexation: QS41, QD21, QR31.

3. Introduction

3.1. MOTIVATION

Il y a approximativement 1 an, Mr.H, 43 ans, vient me voir en consultation pour une douleur abdominale diffuse apparue progressivement depuis le soir précédent. La douleur a cédé à la prise d'un comprimé d'1 gr de paracétamol et un comprimé de 400 mg d'ibuprofène. Mon examen clinique est tout à fait rassurant avec des paramètres dans les normes et un ventre bien souple mais sensible à la palpation en région péri ombilicale. Malgré une addition d'éléments objectifs rassurants, je ne parviens pas à m'ôter le sentiment que quelque chose ne colle pas et qu'il ne s'agit pas d'une douleur abdominale bénigne et passagère. Je relis rapidement mes notes et je me dis "Tu n'as que très peu d'expérience, ton intuition est probablement peu fiable, base-toi sur les éléments objectifs". Je rassure donc le patient et je le renvoie à la maison avec des antalgiques en lui demandant de me rappeler si la situation évolue. Le lendemain après-midi, j'apprends que le patient s'est rendu aux urgences et qu'il s'est fait opérer d'une appendicite.

Après avoir balayé à tort et d'un simple revers de main mon intuition, sous prétexte que je n'avais pas suffisamment d'expérience, une réflexion autour de l'intuition clinique a germé en moi. J'ai commencé à porter plus d'attention à cette petite voix interne qui me souffle parfois d'aller plus loin dans mes investigations sans réel fondement clinique. Très rapidement une série de questions s'est imposée à moi : Quelle place donner à ce sentiment, que j'ai dans un premier temps caractérisé comme mon intuition clinique, dans ma pratique ? Cette intuition est-elle fiable ? Existe-t'il des facteurs influençant la fiabilité de mon intuition ? Puis-je l'utiliser dans ma pratique malgré mon peu d'expérience clinique ?

En me penchant sur la question et en sondant la littérature médicale, j'ai vite découvert le terme de "gut feeling". Ce terme a résonné en moi et décrit parfaitement le sentiment que j'ai pu éprouver face à Mr.H.

3.2. THÉORIE

Gut feeling : émergence d'un concept et définition

Tout médecin a déjà eu une intuition qui l'a poussé à modifier sa prise en charge sans réellement parvenir à expliquer la rationalité de cette décision ou que son choix soit étayé par des guidelines ou études scientifiques.

Dès 2004 Erik Stolper et son équipe de chercheurs de l'université de Maastricht se sont intéressés à la définition de ce sentiment qu'ils ont baptisé "gut feeling" (littéralement «sensation tripale»). Il s'agit d'un type d'intuition axé sur le pronostic et pouvant être accompagné ou non de sensations physiques. Une étude par focus groupes a permis de faire la distinction entre deux types de gut feelings : le "sentiment d'alarme" (ou littéralement « ça cloche») et le "sentiment de réassurance" (ou « ça colle»).(1, 2)

Sentiment d'alarme (« ça cloche ») :

Le médecin trouve que quelque chose cloche sans parvenir à se baser sur des arguments objectifs pour l'étayer.

Sentiment de réassurance (« ça colle ») :

Le médecin éprouve un sentiment de sécurité par rapport au pronostic du patient et/ou sa prise en charge, et ce, même en l'absence de diagnostic précis en tête.(1,2)

Gut feeling : quels sont les facteurs qui le déterminent ?

Après avoir obtenu un consensus sur l'existence du concept de gut feeling, l'équipe de Maastricht a pu mettre en lumière certains facteurs déterminants de ce sentiment à travers des focus groupes .

Les principaux éléments qui ont été retenus sont les suivants (1):

Fitting or alerting factors:

Face à un patient, le médecin va spontanément comparer le tableau auquel il s'attend, basé sur sa connaissance du patient et de la pathologie, et le tableau réel. Il peut, soit exister une superposition des deux tableaux soit une incongruité. Les éléments qui peuvent déclencher le gut feeling dans ce contexte sont: l'aspect du patient, sa manière de s'exprimer ou de s'asseoir ou encore, son allure et son attitude en comparaison avec d'autres patients du même âge. Ce processus est rapide et inconscient.

La connaissance du patient et du contexte qui l'entoure apparaissent comme des déterminants importants du gut feeling, agissant comme un cadre de référence.

Facteurs interférents :

Les émotions comme la culpabilité, l'empathie ou le dégoût peuvent interférer avec le gut feeling.

Formation médicale:

La majorité des médecins généralistes estiment que le gut feeling peut être enseigné et certains participants suggèrent la réflexion comme outils d'apprentissage.

Expérience clinique :

L'expérience permettrait d'affiner son gut feeling et de le rendre plus fiable.

Personnalité :

La personnalité du soignant et notamment sa capacité à gérer l'incertitude et à prendre certains risques va modifier la manière dont il fait usage de son gut feeling. Les médecins manquant de confiance en eux ont également tendance à se méfier de leur gut feeling. Les personnalités très rationnelles ont tendance à ne pas faire confiance à leur gut feeling non plus, et à moins le développer. (1)

Gut feeling : du concept théorique à la pratique.

Le gut feeling est un sentiment qui semble être reconnu par la majorité des médecins généralistes. Il peut apparaître de manière progressive ou être déclenché brutalement par un facteur externe et disparaître au cours de la consultation. (1)

La plupart des médecins généralistes font confiance à leur gut feeling et le perçoivent comme un compas qui leur permet de mieux gérer les journées chargées et de s'orienter dans les situations complexes. (1)

Le lien entre gut feeling et expérience n'est pas encore bien établi. Erik Stolper rapporte néanmoins qu'un sens d'alarme a été ressenti lors de 7,4% des consultations de médecins expérimentés durant les horaires d'ouverture du cabinet contre 11,4% chez les médecins généralistes inexpérimentés. (3)

La fiabilité du gut feeling selon l'expérience du praticien n'a néanmoins pas encore été étudiée de manière approfondie. Cependant, une étude portant sur le gut feeling dans la détection d'infections sévères chez les enfants rapporte que le gut feeling se manifeste plus fréquemment chez les jeunes médecins que chez les médecins expérimentés et que le pouvoir diagnostique du gut feeling est sensiblement similaire quel que soit les années d'expériences du clinicien. (4)

Le rôle du gut feeling en médecine générale a été étudié dans diverses situations :

- La valeur prédictive positive du gut feeling du médecin traitant par rapport à la présence d'un cancer chez son patient est de 35%. (5)
- Le sentiment d'alarme d'un médecin généraliste face à un enfant, malgré des éléments objectifs rassurants, semble avoir une grande spécificité et nettement majorer la probabilité d'une infection sérieuse.(4)
- Lorsque le médecin traitant sent que "ça cloche" face à un patient présentant une dyspnée et/ou une douleur thoracique, le patient a deux fois plus de chances d'être atteint d'une pathologie engageant son pronostic vital.(6)

Ces études semblent toutes étayer l'importance du gut feeling en médecine générale.

Le gut feeling a également été étudié dans d'autres domaines de la médecine. Notamment aux soins intensifs, où il a été démontré que le gut feeling pouvait inciter les médecins et infirmiers intensivistes à modifier leur prise en charge, avant même que les machines ne détectent un problème. (1)

Gut feeling versus raisonnement analytique.

La vision selon laquelle le raisonnement analytique est supérieur au raisonnement intuitif reste la vision dominante en psychologie et en médecine. (8) Il n'existe néanmoins aucune étude sur la valeur respective du gut feeling et du raisonnement analytique dans la prise de décisions médicales.

3.3. LE GUT FEELING: ENCORE BEAUCOUP DE ZONES D'OMBRE

Même si certains résultats semblent indiquer que le gut feeling est un sentiment fiable, aucune étude n'y a été, à proprement parler, consacrée. Stolper et son équipe ont mis quelques facteurs jouant un rôle dans le gut feeling en lumière.(1). Il n'existe néanmoins pas de données quant aux facteurs pouvant améliorer ou interférer avec la fiabilité du gut feeling, et, notamment sur le rôle de l'expérience clinique. Un jeune médecin peut-il autant se fier à son gut feeling qu'un médecin chevronné ? Existe-t'il d'autres facteurs qui doivent nous inciter à redoubler de prudence quant à l'interprétation de notre sentiment d'alarme ou de réassurance ?

La place exacte du gut feeling et sa valeur comparativement au raisonnement analytique restent également peu claires. Doit-on aveuglément écouter son gut feeling ou systématiquement analyser nos prises de décision par un raisonnement analytique ? S'agit-il de deux approches complémentaires ou existe-t-il indéniablement une supériorité en termes de fiabilité de l'un vis-à-vis de l'autre ?

L'intégration du gut feeling dans l'apprentissage des étudiants en médecine n'a pas encore été étudiée. Ne serait-il néanmoins pas intéressant d'évaluer si cela aurait une utilité ? Et si oui, comment pourrait-on s'y prendre pour intégrer ce concept dans le parcours d'apprentissage des étudiants en médecine générale ?

Intérêt du gut feeling en médecine générale

Le doute fait partie intégrante du quotidien en médecine générale. En effet, les patients consultent fréquemment leur médecin de famille avec des plaintes peu spécifiques ou à un stade précoce de la maladie où la pathologie est paucisymptomatique. Malgré ces difficultés, le généraliste doit prendre une décision rapide en mettant dans la balance les risques et bénéfices de sa prise en charge.

Le gut feeling pourrait être un outil qui permet au médecin généraliste d'être aiguillé de manière plus efficace et fiable face à l'incertitude. Affiner et cultiver ce sentiment pourrait améliorer les performances diagnostiques du médecin et réduire le taux d'erreurs médicales.

3.4. QUESTION DE RECHERCHE

Mon travail de fin d'étude a pour objectif d'aborder la question de la fiabilité du gut feeling par rapport à celle du raisonnement analytique en médecine générale. Je souhaiterais également aborder les facteurs qui peuvent influencer cette fiabilité.

Cette exploration du gut feeling pourrait avoir un impact sur son importance pédagogique. Je voudrais, de manière secondaire, élaborer quelques pistes afin d'intégrer ce concept dans le cursus médical, si ce dernier s'avère fiable et modulable.

P.I.C.O.

P: Les médecins généralistes.

I: Fiabilité du gut feeling du médecin généraliste.

C: Fiabilité du raisonnement analytique du médecin généraliste.

O: Définir la fiabilité du gut feeling, et les facteurs qui influencent cette fiabilité, par rapport à la fiabilité du raisonnement analytique en termes de bonne prise en charge du patient.

4. Méthodologie

4.1. RECHERCHE DE LITTÉRATURE

En tapant les termes “intuition” et “médecine générale” dans google, le terme “gut feeling” est vite apparu, ainsi que le site qui y est dédié: <https://www.gutfeelings.eu/>. Il s’agit d’un site créé par le programme international de recherche sur ‘le Gut Feeling en Médecine Générale’ (ou “ Gut Feelings in General Practice”), qui résulte de la collaboration entre les universités de Maastricht, d’Anvers, de Göttingen, de Brest et de Paris. Il reprend toutes les informations quant au programme de recherche, les recherches associées, les contacts possibles et tout article scientifique lié au gut feeling. Cette même recherche a abouti à la découverte d’un article publié dans la Revue de Médecine Générale.

Une recherche bibliographique plus approfondie concernant le gut feeling a été faite en interrogeant les banques de données suivantes:

Niveau 1:

25 articles ont été trouvés via Pubmed (MedLine). De ces 25 articles, 9 ont été retenus. En se référant à la bibliographie de ces derniers, deux autres articles ont été ajoutés à la sélection. Les termes MeSH de la recherche sur Pubmed étaient les suivants: ("Intuition"[Mesh]) AND ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh]).

Niveau 2:

Aucun résultat n’a été obtenu à ce niveau de recherche (Minerva, DARE, Folia pharmaceutica, Farmaka) avec les termes “gut feeling” ou “intuition” .

Niveau 3:

Aucun résultat n’a été obtenu à ce niveau de recherche (EBMpracticenet, HAS, Guides de bonne pratique de la SSMG) avec les termes “gut feeling” ou “intuition”.

Niveau 4:

603 articles sont apparus après une recherche dans Psycinfo. Sur base d'un tri des articles par pertinence et de la lecture des 100 premiers titres, en excluant les articles déjà sélectionnés à travers des recherches antérieures, 20 articles ont été sélectionnés. Après une lecture approfondie de ses articles, seuls 3 articles ont été retenus.

Les termes de recherche utilisés sur Psycinfo étaient les suivants: (intuition OR (gut feeling)) AND (medicine OR physician OR (family physician))

Aucun résultat n'a été obtenu avec les termes de "gut feeling" ou "intuition" dans Dynamed et CISMEF.

A l'issue de la recherche bibliographique, un total de 13 articles scientifiques et un site internet ont été retenus.

Les critères d'inclusion pour la recherche bibliographique étaient les suivants:

- Articles en full texte
- Langues: anglais, français, néerlandais
- Textes accessibles via le proxy libellule
- Textes gratuits

Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

4.2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Etude qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode semblait être la plus adaptée étant donné qu'elle permet d'explorer avec plus de nuances la fiabilité du gut feeling et ses déterminants. Les participants pouvaient de cette manière enrichir le concept de gut feeling avec des expériences personnelles et des réponses plus variées qu'avec une méthode quantitative.

Le guide d'entretien s'est basé sur la littérature scientifique et avait pour objectif d'apporter un peu de lumière aux zones d'ombres existantes ou d'approfondir certains aspects. Il se trouve en annexe. Les entretiens duraient entre 10 et 25 minutes.

Un consentement éclairé a été obtenu oralement avant chaque entretien.

La collecte des données a eu lieu entre mai et juillet 2021 et s'est déroulée soit dans les cabinets des participants soit par téléphone.

Modalités de sélection de la population étudiée

Les critères d'inclusion étaient le fait d'être un médecin généraliste pratiquant à Bruxelles.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Méthode de recrutement et échantillonnage:

Seize médecins généralistes bruxellois ont été contactés par téléphone. Ils ont été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon hétérogène au niveau de l'âge, du sexe, du nombre d'années d'expérience en médecine générale et du type de pratique (solo/groupée et acte/forfait). Leur numéro de téléphone a été obtenu par des recherches sur Google et via des connaissances de collègues.

Anonymisation

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone et retranscrits. Les enregistrements vocaux ont ensuite été effacés.

Le nom des médecins a été remplacé par M1, M2, M3 et ainsi de suite.

Méthode d'analyse

La méthode d'analyse par théorisation ancrée a été choisie pour cette étude. Une théorisation a été obtenue à l'issue d'une codification, catégorisation et mise en relation des ces catégories qui ont été intégrées et modélisées. (8)

Comité d'éthique

Le TFE a été approuvé par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) le 18 août 2021.

5. Résultats

5.1. PARTICIPANTS

Dix des seize médecins généralistes contactés ont répondu et participé à l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants de l'étude:

	Âge	Sexe	Années d'expérience en MG	Milieu	Pratique groupée/solo	Forfait/ acte	Activité complément- aire
M1	30	F	4	ville	groupée	au forfait	ONE
M2	32	F	7	ville	groupée	au forfait	/
M3	36	M	8	ville	groupée	à l'acte	/
M4	29	F	4	semi- rural + ville	groupée solo	+ à l'acte	médecine scolaire
M5	25	M	2	ville	groupée	à l'acte	/
M6	65	M	38	ville	solo	à l'acte	/

M7	42	M	15	ville	groupée	au forfait	/
M8	50	F	25	ville	solo	à l'acte	/
M9	43	M	16	ville	groupée	à l'acte	SOS médecins
M10	29	F	3	ville	groupée	au forfait	/

5.2. GUT FEELING: UN CONCEPT PEU CONNU MAIS UNANIMEMENT RECONNU

Sept médecins généralistes sur dix n'avaient jamais entendu parler du concept de gut feeling. Le gut feeling était par contre familier pour trois d'entre eux. Ces derniers faisaient partie de la catégorie des moins de 35 ans.

Une fois la définition du gut feeling explicitée, le sentiment était unanimement reconnu chez tous les médecins. Le sentiment était identifié au niveau du ressenti mais nommé par d'autres termes que "gut feeling".

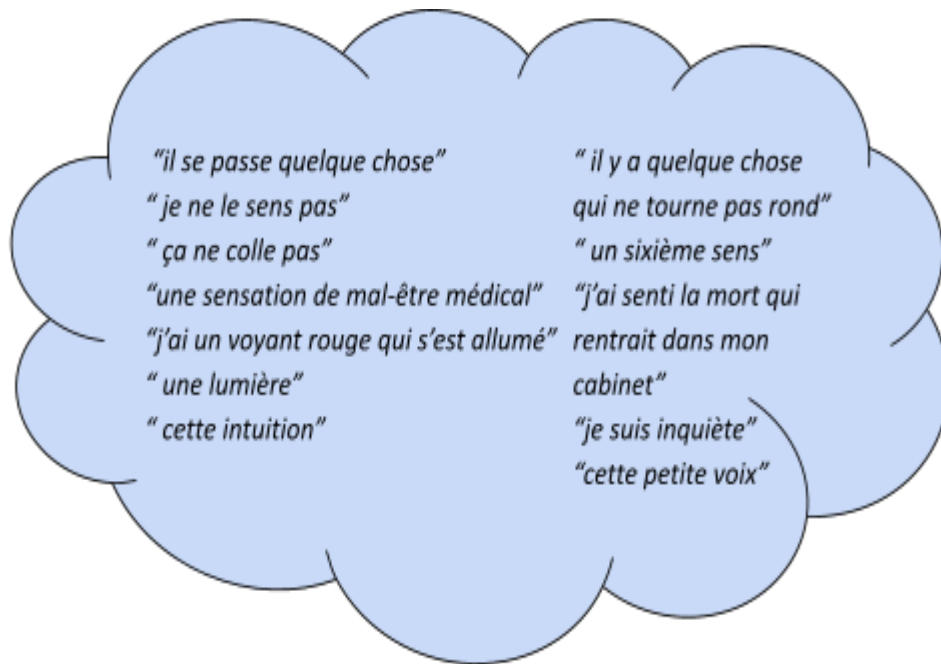


Figure 1: Termes utilisés par les participants désignant le gut feeling.

Quatre participants mentionnaient que leur gut feeling était accompagné d'une sensation physique.

M7: *"Une impression de dérangement dans le ventre."*

5.3. PERCEPTION DU GUT FEELING EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Les médecins parlaient du gut feeling comme d'un sentiment difficile à expliquer, tant au niveau de sa nature que du processus cognitif à l'origine du sentiment.

Deux visions opposées concernant la genèse du gut feeling ont été exprimées par les participants.

La première, émise par deux médecins, postulait que le gut feeling serait la résultante d'un processus cognitif inconscient se basant sur les connaissances théoriques, les signes cliniques et des cas cliniques antérieurs similaires.

M8: “[...] je suis convaincue qu’il y a quand même une part de connaissance, presque inconsciente, qui sort à ce moment-là.”

M9: “[...] il y a des signes tangibles, en fait, que ton cerveau analyse et peut percevoir. [...] pour moi c'est tout à fait scientifique quoi. C'est pas un sixième sens inné ou un truc farfelu. Je pense que c'est vraiment ton cerveau qui analyse des situations avec ce que t'as déjà vécu.”

A l'inverse, deux autres médecins supposaient que le gut feeling serait un sentiment de l'ordre de l'instinct.

M6: “Je crois que le gut feeling est quelque chose qui, tout simplement, est lié au cerveau reptilien et qui est indispensable à la survie.”

Un des médecins comparait l'intuition et le gut feeling en postulant que l'intuition était un sentiment, de l'ordre du cœur et, par ce fait, était le résultat d'un processus rationnel. À l'inverse, le gut feeling était une émotion, de l'ordre des tripes et de l'impulsif. Ce dernier échapperait à toute logique.

5.4. GUT FEELING: CE SENTIMENT QUI PEUT SURGIR À CHAQUE INSTANT...MAIS PAS FORCÉMENT FRÉQUEMMENT

A travers la narration de cas vécus par les médecins, il transparaissait vite que le gut feeling pouvait se manifester à différents moments, en divers lieux et circonstances.

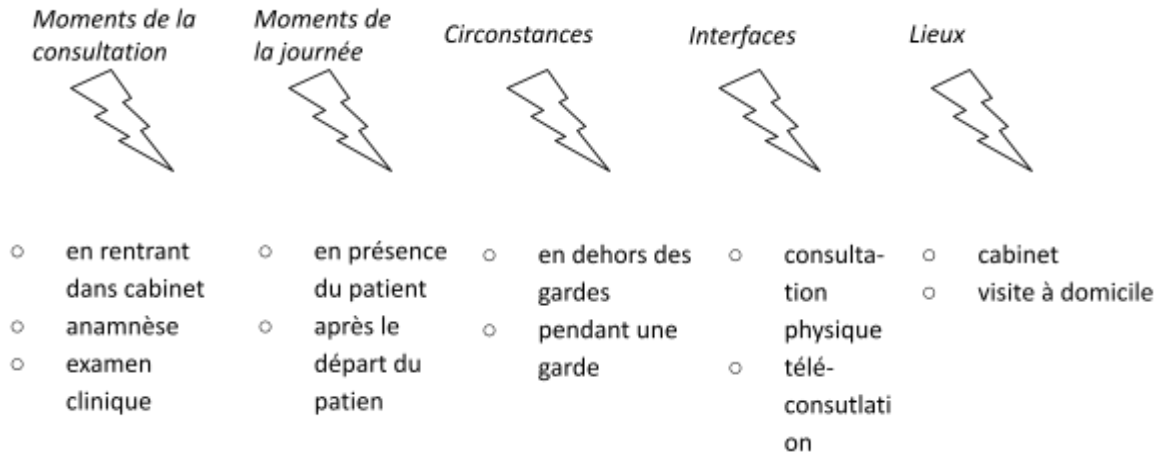


Figure 2 : Illustration des lieux, moments et circonstances différents dans lesquelles le gut feeling pouvait se présenter.

Le sentiment de gut feeling se déclarait avec une fréquence très variable d'un médecin à l'autre. Deux médecins, femmes, ont même déclaré qu'il s'agissait d'un sentiment plutôt féminin.

M8: "Je dis toujours que je mets mon utérus sur la table."

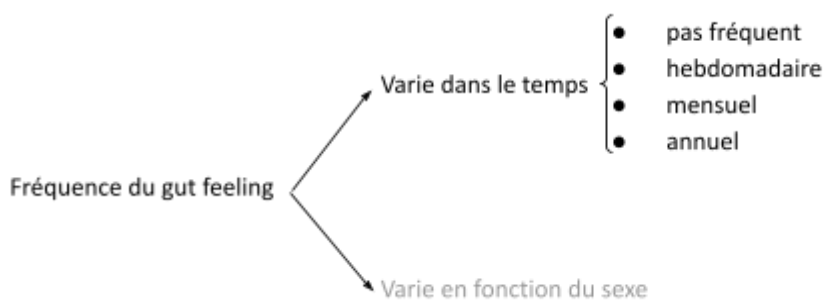


Figure 3: Fréquence variable d'apparition du gut feeling.

5.5. LE GUT FEELING: UN MOTEUR

Le gut feeling était perçu par l'entière des médecins comme un signal pour pousser la prise en charge ou le bilan plus loin. Deux des médecins parlaient d'un sentiment qui devait encourager les médecins à mettre en place des "filets de sécurité".

M2: *"[...] il y a des moments, des patients où tu te rends compte qu'il y a quelque chose qui se passe et tu dois agir."*

M3: *"Et mon attitude dans ces cas-là, c'est d'être très prudent et de mettre plusieurs filets de sécurité en faisant par exemple une prise de sang ou en demandant au patient de revenir deux jours après, parfois en envoyant aux urgences aussi, en faisant appel à peut-être un psychologue si c'est une situation psychologique assez difficile."*

Le fait d'aller plus loin dans la prise en charge, passait par cinq axes.

Premièrement; le gut feeling motiverait le médecin à poser des questions plus pertinentes, plus nombreuses et qui abordent des sujets tabous.

M1: *"C'est un sentiment que tu ressens et, du coup, ce sentiment te fait dire, enfin poser des questions que normalement tu ne poserais pas."*

Ce sentiment encouragerait également le médecin à approfondir les investigations médicales que ce soit par l'intermédiaire d'examens complémentaires tels que la prise de sang, l'ECG ou une imagerie, ou en référant le patient à un spécialiste ou à une autre discipline. La prise de sang et l'envoi du patient aux urgences étaient cités par tous les participants comme étant le moyen auquel ils font le plus recours pour étayer et éprouver leur gut feeling.

Une troisième approche consistait à mettre en place un suivi rapproché du patient.

Deux médecins évoquaient également le gut feeling comme un curseur pour déterminer le traitement qu'ils allaient prescrire.

M4: *“alarme en mode [...] “je préfère quand même lui prescrire des antibiotiques”[...].”*

Et, finalement, la survenue de ce sentiment semblait renvoyer le médecin vers son raisonnement analytique, soit pour le remettre en question, soit pour l’approfondir.

5.6. GUT FEELING ET PRÉVENTION QUATERNAIRE

Du point de vue de la prévention quaternaire; deux des participants se demandaient si le sentiment d’alarme ne pouvait pas être à l’origine d’un excès de demande d’examen complémentaires.

M7: *“ [...] un enchaînement de multiples examens qu'on aurait peut-être pu éviter si, voilà, si j'avais pas senti ça comme ça.”*

Six médecins affirmaient cependant qu’il vaut mieux faire trop d’examen que trop peu, au risque de passer à côté de quelque chose de potentiellement grave.

M6: *“Il est certain que si le fait de commettre un acte à visée diagnostique, vous amène juste à faire perdre un peu d'argent à l'inami et à faire perdre du temps au patient, c'est pas bien grave.”*

5.7. GUT FEELING ET RAISONNEMENT ANALYTIQUE: UNE COMPLÉMENTARITÉ AU SERVICE DU RAISONNEMENT MÉDICAL

Lorsque l’on interroge les médecins sur la place du raisonnement analytique et du gut feeling dans la prise de décisions médicales, la réponse commune était que le raisonnement analytique en serait le pilier central.

Le raisonnement analytique était vu comme systématique dans son occurrence, inévitable, conscient et orienté vers le diagnostic, par opposition au gut feeling qui était perçu comme occasionnel, inconscient et orienté vers le pronostic.

M1: *“On va dire, si j'ai un truc comme ça, où moi j'ai un signe d'alarme qui vient en moi sans que j'ai...pas grand-chose cliniquement. Et bien dans ce cas-là...euh... je vais quand même agir. Maintenant mon raisonnement, il va quand même se faire.”*

Le gut feeling était perçu comme un outil complémentaire qui, en plus de renvoyer vers le raisonnement analytique comme mentionné précédemment, l'étayerait, l'orienterait et l'influencerait.

M3: *“Disons que la place principale, c'est le raisonnement analytique. Et puis vient le gut feeling tout à fait subjectif derrière et qui étaye un petit peu le diagnostic.”*

M6: *“Mais cela amène surtout à devoir, selon moi, remettre sur le travail la démarche intellectuelle qui a été faite et amener ce sentiment à devoir repenser la démarche.”*

L'importance accordée au gut feeling par les médecins dépendait de plusieurs facteurs: l'intensité du sentiment mais surtout l'enjeu de la prise en charge selon deux des participants.

M5: *“Pour moi, c'est dépendant des enjeux. Je veux dire que, dans la bobologie, pour moi c'est quasiment, à ce stade-ci, c'est presque plus que du gut feeling.[...].Plus ça va être sévère, et plus je me vais me diriger effectivement sur [...] un truc théorique pur.”*

De par ce fait, le sentiment de réassurance prenait moins d'importance que le sentiment d'alarme dans la prise de décisions médicales. Ce dernier était vu comme un piège potentiel qui pouvait rassurer le médecin à tort et mal l'orienter quant à la gravité de la situation.

M6: *“Par contre, ce qui est pour moi l'ennemi et qui peut amener à ce qu'on appelle “over confidence”, à être trop sûr de soi, c'est la sensation de relâchement ou de laisser-aller ou l'impression que tout va bien [...] qui peut amener, selon moi, à passer à côté de quelque chose, plutôt qu'une alarme qui va vous amener à être d'autant plus vigilant.”*

Il existait une dualité dans l'impact du gut feeling sur la prise de décisions médicales. En effet, ce sentiment renvoyait d'une part vers le raisonnement analytique mais ne perdait pas sa validité aux yeux des participants si le raisonnement n'allait pas dans son sens. Le sentiment d'alarme gardait une grande importance malgré un raisonnement rassurant et poussait malgré tout le médecin à agir.

M8: *“Mais si coûte que coûte, je le sens pas, Je vais quand même le dire aux gens: “ Je suis vraiment hyper inquiète.””*

M9: *“Je vais pas pouvoir être rassuré à 100 pourcent uniquement sur base analytique et raisonnable.”*

Un des médecins mentionnait tout de même que la place du raisonnement analytique diminuait avec l'expérience. Au plus le médecin avancerait dans sa carrière, au plus il parviendrait à orienter sa prise en charge et à limiter l'étendue de sa réflexion.

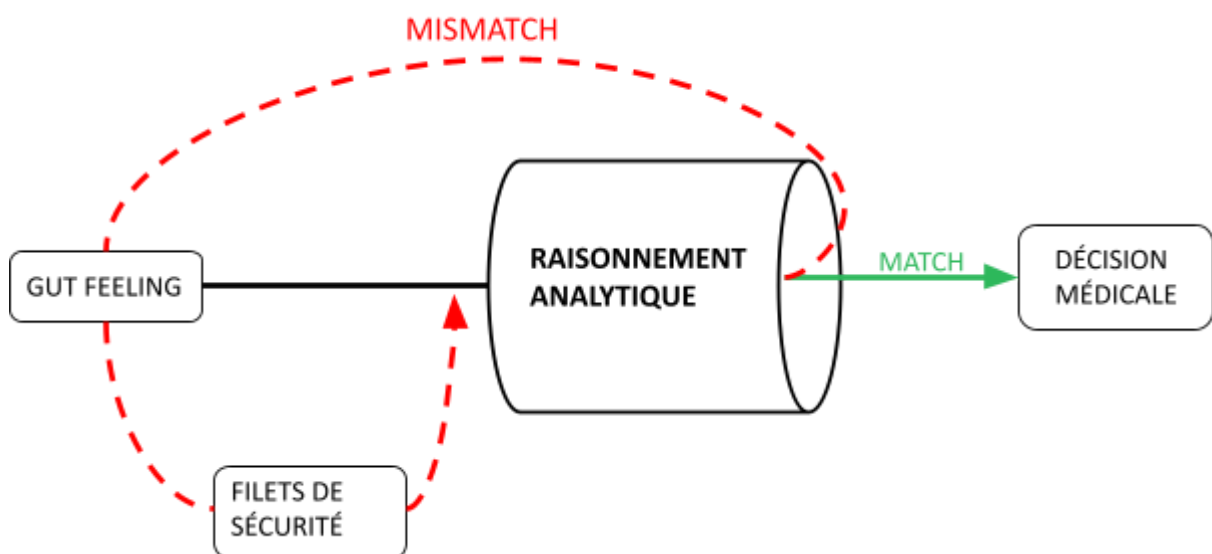


Figure 4 : Schématisation de l'interaction du gut feeling et du raisonnement analytique dans la prise de décisions médicales.

5.8. FACTEURS INFLUENÇANT L'APPARITION D'UN SENTIMENT D'ALARME

Le sentiment d'alarme est un sentiment qui pourrait survenir sans prévenir. Plusieurs facteurs influençant sa survenue ont néanmoins été identifiés par les participants.

Plusieurs de ces facteurs étaient liés au patient lui-même.

Le sentiment d'alarme semblait intervenir plus souvent lorsqu'il s'agissait d'un cas pédiatrique. Un faible niveau d'éducation et un contexte socio-économique difficile seraient des facilitateurs de sentiment d'alarme. Ce dernier serait également plus fréquent lorsque le patient est peu fiable ou qu'il présente des difficultés à s'exprimer, que ce soit lié à une barrière de la langue, à un discours peu clair ou à un discours décousu chez un patient logorrhéique. Lorsque le patient est habituellement peu plaintif, le médecin s'inquiète plus vite. Ce serait également le cas lorsque le patient a des antécédents médicaux soit très lourds soit absents.

La personnalité et l'humeur du médecin traitant détermineraient également la fréquence d'occurrence du sentiment d'alarme. Un médecin plus anxieux, serait plus prône à ressentir ce dernier.

La clinique jouerait aussi son rôle. Les pathologies à présentations atypiques diminueraient notre seuil d'apparition du sentiment d'alarme. Ce seuil est également modulé par le type de plaintes qui se présenteraient à nous. Les plaintes à priori banales (lombalgies), les plaintes aspécifiques mais potentiellement graves (les douleurs abdominales, les douleurs thoraciques, les adénopathies, les vertiges, les plaintes orientant vers une étiologie à priori infectieuse) et les plaintes persistantes stimuleraient l'apparition d'un sentiment d'alarme.

M4: "Et il vient à pied à la garde fixe pour des aigreurs d'estomac, des brûlures d'estomac depuis quelques jours.[...].Et je sais pas pourquoi, je lui ai fait un ECG. Et il faisait un infarct."

Un temps de consultation très court ne laisserait pas l'occasion au sentiment d'alarme d'apparaître.

M4: *“J’ai pas le temps, on va faire cet examen-là et comme ça on est sûr de rien louper. Mais je pense que je laisse moins, à ce moment-là, l’occasion à mon gut feeling de faire son boulot.”*

5.9. FIABILITÉ DU GUT FEELING ET FACTEURS DÉTERMINANTS

Huit médecins généralistes sur dix faisaient confiance à leur gut feeling, et plus particulièrement, à leur sentiment d’alarme. Un seul médecin a explicitement dit qu’il s’en méfiait de par son caractère impulsif mais qu’il l’utilisait néanmoins comme un signal incitant à la prudence.

Le sentiment de réassurance n’était pas fiable selon deux participants. Il pouvait donner une fausse impression de bénignité. Un médecin soulignait le fait que les médecins l’écoulaient moins étant donné l’obligation des moyens qu’ils ont et qui les pousse à faire des bilans malgré un sentiment de réassurance.

Les jeunes médecins pouvaient également faire confiance à leur gut feeling mais avec plus de prudence. Deux participants postulaient que les médecins moins expérimentés devraient apprivoiser leur gut feeling, apprendre à le connaître avant de s’y fier aveuglément. L’utilisation que les médecins font de leur gut feeling s’affinerait avec l’expérience par feedback. Toujours selon ces deux médecins; ce ne serait donc pas le gut feeling lui-même qui s’aiguiserait avec le temps mais la connaissance qu’on en a.

M7: *“Je pense que l’expérience améliore sa propre connaissance de son gut feeling [...]”*

Le sentiment d’alarme serait un bon facteur prédictif selon trois médecins. Ces derniers déclaraient qu’ils menaient souvent ou dans la moitié des cas à la découverte d’un problème médical. Les autres médecins n’ont pas abordé cet aspect du gut feeling.

De nombreux facteurs augmentant la fiabilité du gut feeling étaient liés au médecin. L'élément qui influencerait le plus cette dernière serait le nombre d'années d'expérience du praticien. Deux médecins trouvaient que le gut feeling n'avait rien à voir avec l'expérience. Le fait d'avoir rencontré des cas cliniques similaires par le passé ou de soi-même avoir eu une expérience personnelle comparable, renforcerait la fiabilité du gut feeling.

M2: *“Donc je pense qu'il n'y a pas que l'expérience professionnelle, il y a aussi ton expérience personnelle en tant que médecin, de ce que tu as vu et puis ton expérience personnelle en tant que personne, des maladies que toi tu as eues et qui vont faire que tu vas mieux sentir certaines choses, certains diagnostics au niveau de tes patients.”*

M5: *“Et donc, au final, à la fin du centième cas, il pourra effectivement voir que, bah, son impression de base sur cette personne, pour cette même pathologie est beaucoup plus affinée. Et qu'il va se diriger vers une réussite qui sera, à plus grande proportion de réussite.”*

M6: *“Alors, le gut feeling étant une émotion, je dirais qu'il n'y a pas de différence d'avoir un vieux médecin comme moi ou une jeune consœur comme vous.”*

La bonne humeur du médecin, une faible anxiété, une solide confiance en soi et l'absence de fatigue iraient également dans ce sens.

M8: *“La fatigue augmente mon expression viscérale.[...] C'est plus fréquent et peut-être moins fiable.”*

L'avis sur l'apport de bonnes connaissances théoriques était partagé. En effet, un médecin estimait qu'une bonne connaissance théorique affinait le gut feeling. Un autre déclarait qu'il n'existait aucun lien entre les deux.

M2: *“[...] ce sont des gens qui sont très dans les bouquins mais qui n'ont aucun feeling [...]”*

Un patient avec des capacités d'expression riches et peu anxieux, augmenterait la fiabilité du gut feeling du médecin.

M5: *“Mais, au final, j'ai un gars qui est très tendu, qui est assez anxieux et je me dis: “Je le sens pas, je le sens pas, je le sens pas, je le sens pas, je l'envoie.” Je me suis totalement trompé [...].”*

Une bonne connaissance du patient et du contexte qui l'entoure ainsi qu'une bonne relation médecin-patient favoriserait l'apparition d'un gut feeling auquel le soignant peut faire confiance.

Un médecin mentionnait que son gut feeling n'était absolument pas un bon indicateur de gravité dans le cadre du suivi de patients atteints de la COVID19.

Le temps de consultation aurait aussi un impact sur la confiance qu'on peut avoir en son gut feeling. Un médecin pressé pourrait moins s'y fier.

Il est à noter que deux médecins ont partagé des récits dans lesquels leur sentiment d'alarme n'était pas pris au sérieux par les spécialistes auxquels ils avaient référé leurs patients.

5.10. UTILITÉ EN MÉDECINE

Les participants étaient unanimes: le gut feeling est très utile en médecine générale.

Pour deux médecins, le gut feeling semblait faire office de guide face à l'incertitude diagnostique qui est le lot quotidien des médecins traitants. Il a une propension à aiguiller le médecin au niveau pronostic même en l'absence de diagnostic.

M7: *“Moi je pense qu'il est quand même très très utile. Il est très utile parce qu'on doit gérer l'incertitude au quotidien et donc c'est une clé, enfin en tout cas, c'est un apport en plus pour gérer ces incertitudes [...].”*

5.11. GUT FEELING: UNE NOTION SUBJECTIVE DIFFICILE À APPRENDRE

Tous les médecins interrogés étaient d'accord pour dire qu'il serait intéressant d'intégrer la notion de gut feeling dans le parcours d'apprentissage des stagiaires et assistants en médecine générale. La manière de s'y prendre n'était cependant absolument pas équivoque.

M8: *"Ça vaudrait peut-être bien la peine d'y réfléchir, mais je sais pas du tout comment mettre ça en pratique."*

Sept médecins soulignaient le fait qu'il s'agissait d'un sentiment que les médecins allaient aiguïser par essai-erreur et, en conséquence, l'importance du feed back pour les jeunes médecins à travers la réalisation d'examens complémentaires, de demandes d'avis spécialisés ou encore de discussion avec un médecin plus expérimenté tel que le maître de stage.

M3: *"Mais quand on est jeune il faut qu'on le fasse évoluer. Donc il faut absolument qu'on se trompe. [...]. On a besoin, quand on est jeune, de faire trop d'examens, pour pouvoir essayer un peu de de l'améliorer ce gut feeling."*

M4: *"Je pense que c'est important d'avoir des moments de discussion et de brainstormer. Je pense que le fait de le laisser suffisamment indépendant aussi pour qu'il soit confronté à ses doutes, à ses questions."*

Plusieurs pistes ont été avancées afin d'intégrer la notion de gut feeling dans la formation de médecine générale:

- Apprendre à faire une bonne anamnèse et à poser les bonnes questions.
- Au travers de jeux de rôle.
- Apprentissage par paysage combiné à une approche probabiliste des diagnostics possibles.
- Apprendre à utiliser des indices de certitude dans la pratique clinique.
- Discuter de cas cliniques et de gut feeling aux séminaires loco-régionaux.
- Apprendre à se connaître et à prendre soin de soi.
- Mentionner l'existence du concept afin d'en prendre conscience.

M10: *“Je pense que c’est important que le médecin soit bien dans sa peau et bien reposé et bien réceptif à ce que le patient raconte.”*

Plusieurs freins à la mise en place d’un outil pédagogique ont été mentionnés. Le premier obstacle semblait être le doute de parvenir à intégrer le gut feeling de manière pédagogique dans une formation médicale. Soit parce qu’il s’agirait d’un sentiment inné qu’on ne sait pas acquérir ou perfectionner, soit parce qu’il est trop subjectif pour être clairement défini et donc enseigné, soit parce qu’il ne s’acquiert qu’à travers l’expérience clinique et finalement, parce qu’il n’existe pas d’étude étayant le fait qu’il s’agit d’une notion qu’on pourrait apprendre.

Un médecin met en évidence un second obstacle: le manque de temps dans le planning déjà surchargé des étudiants et maîtres de stage.

6. Discussion

6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION AVEC LA LITTÉRATURE

Concept peu connu mais reconnu

Le concept de gut feeling semble être peu connu chez les médecins généralistes interrogés. Ils l'ont néanmoins déjà tous ressenti, accompagné ou non d'une sensation physique, et le désignent tous avec des termes plus ou moins différents.

Certains chercheurs ont pu démontrer que le gut feeling est effectivement un sentiment identifié par la majorité des médecins et, qui plus est, international et transculturel. En 2009 Magalie Coppens à tout d'abord mis en lumière que le gut feeling des médecins français est similaire à celui des médecins hollandais. Stolper et son équipe ont ensuite démontré que ce concept était bel et bien international et présents dans 16 autres pays d'Europe ainsi qu'en Israël et en Afrique du Sud. (9)

Le gut feeling : un outil particulièrement utile en médecine générale

L'utilité du gut feeling en médecine générale fait l'unanimité et, comme mentionné par Stolper, il est utilisé comme compas par les médecins généralistes pour se guider face à l'incertitude diagnostique. (1)

Le gut feeling : une mosaïque de facteurs qui expliquent sa survenue

Il peut se manifester à différents moments de la journée et de la consultation, en différents lieux, en différentes circonstances et aussi bien en téléconsultation qu'en entretien physique. Cette hétérogénéité peut être mise en lien avec la multitude de facteurs influençant son apparition.

Tableau 2 : Facteurs favorisant la survenue du gut feeling selon les participants.

<u>Facteurs propres au patient</u>	<u>Facteurs propres au médecin</u>	<u>Facteurs propres à la clinique</u>
<ul style="list-style-type: none"> - population pédiatrique - faible niveau d'éducation - contexte socio-économique difficile - patient peu fiable - difficultés à s'exprimer - patient habituellement peu plaintif - antécédents personnels inexistantes ou très lourds 	<ul style="list-style-type: none"> - la personnalité du médecin - l'humeur du médecin - l'anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - pathologies à présentations atypiques - plaintes à priori banales (lombalgies) - les plaintes aspécifiques mais potentiellement graves (les douleurs abdominales, les douleurs thoraciques, les adénopathies, les vertiges, les plaintes orientant vers une étiologie à priori infectieuse) - les plaintes persistantes

Un temps de consultation trop court ne laisserait pas l'opportunité au gut feeling d'apparaître.

Ces observations sont partiellement superposables aux facteurs interférant avec le gut feeling que Stolper et son équipe ont mis en évidence; la connaissance de son patient et de son contexte, les émotions du médecin et sa capacité à gérer l'incertitude. (1)

Une étude faite au Danemark soulève l'hypothèse que le gut feeling pourrait survenir plus ou moins fréquemment selon la personnalité du médecin traitant. En effet, il existerait une association linéaire entre un score d'empathie élevé et une utilisation importante du gut feeling. (10)

Ce lien serait hypothétiquement expliqué par le fait que les médecins plus empathiques soient plus réceptifs à leurs propres sensations corporelles qui pourraient être satellites du gut feeling. Ils pourraient potentiellement mieux capter certains signes cliniques de manière inconsciente. Dans cette hypothèse, les sensations physiques ne seraient pas secondaires au gut feeling, mais un activateur de ce dernier, potentiellement par l'intermédiaire des neurones miroirs.(10)

Une autre étude a souligné le fait qu'une bonne connaissance de son patient permet au médecin traitant de détecter un changement anormal chez ce dernier. Cette variante de la normale pourrait être un élément déclencheur de gut feeling.(10)

Le gut feeling : un signe qu'il faut aller plus loin

Le gut feeling, et plus particulièrement le sentiment d'alarme, sont des signaux qui incitent le médecin à la prudence et à l'action. En effet, le médecin décide souvent de mettre en place des filets de sécurité, motivé par ce sentiment. Ces filets de sécurité sont multiples et adaptés à chaque situation clinique. La réalisation d'une prise de sang ou l'envoi du patient aux urgences semblent être les mesures de prudence les plus fréquemment choisies par les médecins. Il peut également demander d'autres examens complémentaires tels qu'une imagerie ou un ECG, demander des avis externes, adapter le traitement ou encore, mettre en place un suivi rapproché.

Comment le gut feeling s'intègre-t-il dans le processus de raisonnement médical ?

Le gut feeling, s'il se manifeste, semble s'intégrer dans le processus de raisonnement médical et interagir avec le raisonnement analytique afin de l'appuyer ou le remettre en question. Il peut également orienter le médecin vers la mise en place de filets de sécurité et d'outils de vérification afin de tenter de faire concorder le processus analytique et le gut feeling et d'aboutir à une décision médicale.

La genèse du gut feeling et le processus cognitif sous-jacent au gut feeling ne faisaient pas l'unanimité parmi les médecins interrogés. Deux visions opposées s'étaient distinguées. Une première selon laquelle le sentiment de gut feeling s'appuierait sur les connaissances théoriques et les expériences passées, et ce, de manière inconsciente. Le deuxième point de vue s'appuie sur l'hypothèse qu'il s'agirait d'un sentiment tout à fait instinctif, trouvant son origine dans les aires cérébrales les plus primitives.

Si l'on part du postulat raisonnable que le gut feeling est une sous-catégorie de l'intuition, la "dual process theory" offre une explication séduisante au processus cognitif sous-jacent à l'intuition et, par extension, possiblement au gut feeling. Ce modèle présuppose la coexistence de deux processus de raisonnement: intuitif (système I) et analytique (système II). Le système I est rapide, consomme peu d'énergie et est inconscient. Le système II est lui, plus lent, plus énergivore et conscient. (11). Ces deux voies du raisonnement clinique sont synergiques et coexistent dans chaque consultation à des degrés variables (13). Cette subdivision, qui peut paraître artificielle, a pu être étayée par des imageries cérébrales. En effet, à l'imagerie par résonance magnétique, on peut observer que le système I est lié à l'activation du cortex ventral médial préfrontal, alors que le système II est lui, lié à l'excitation du cortex préfrontal inférieur droit. La capacité de traitement de l'information passant par le système II est lente, limitée et vite dépassée. Le système I permet, en conséquence, de trouver des réponses rapides à des problèmes trop complexes pour le système II.

Ce système intuitif serait lié à la "working memory" qui est, non pas liée à l'intelligence, mais aux connaissances. Le terme "connaissances" englobe aussi bien les connaissances théoriques que les expériences similaires vécues dans le passé. (11)

Ce dernier modèle étaye, en conséquence, la première théorie formulée par les médecins interrogés.

Stolper et son équipe ont également schématisé l'intégration du gut feeling dans le processus de raisonnement médical.

Ils se sont basés sur un schéma où le raisonnement diagnostique se fait par l'interaction entre le raisonnement analytique et le raisonnement non analytique, et ce, par deux voies: la prise de décisions médicales ("medical decision making" = une analyse mathématique) et la résolution de problèmes médicaux ("medical problem solving"= processus cognitif non-mathématique). A l'issue de ce processus cognitif dynamique le diagnostic le plus probable est élaboré et permet d'obtenir un pronostic menant ou non à une action. Le gut feeling vient s'y greffer comme une troisième voie, distincte du raisonnement non analytique.(12) (cfr schéma en annexe)

La schématisation du raisonnement médical par Stolper soulève des questions sur l'intérêt du scindement entre gut feeling et raisonnement non analytique, rendant ce modèle inutilement complexe.(13) Le 'dual process theory' offre une vision beaucoup plus claire et concordante avec la vision des médecins interrogés.

Expérience clinique et fiabilité du gut feeling

La majorité des médecins interviewés pensaient que la fiabilité du gut feeling était principalement liée à l'expérience clinique du praticien.

Le "dual process theory" offre également une réponse partielle à la question de la fiabilité de l'intuition, et par extension, potentiellement du gut feeling par rapport à l'expérience du médecin. En effet, le système I serait plus fiable face à un problème complexe qui excéderait les capacités du système II. L'expérience rend le système I plus fiable étant donné qu'il constitue une des bases de ce processus, mais rend également les problèmes complexes plus simples. Les jeunes médecins gagnent donc à se fier à leur intuition, alors que les médecins plus expérimentés seront plus efficaces en se référant à leur raisonnement analytique. Ce phénomène contre-intuitif a été étayé par plusieurs études menées par Pretz.

Ce dernier a démontré un gain de performance de 10% chez les médecins novices lorsqu'ils avaient reçu l'instruction de se fier à leur intuition. Il a, à l'inverse, constaté un gain de performance de 20% chez les médecins expérimentés lorsque ces derniers avaient reçu l'instruction de se fier à leur système analytique. (11)

L'expérience semble jouer un rôle dans la fiabilité du gut feeling et ce, de manière assez surprenante. D'une part, elle permet d'étoffer les connaissances et de nous aider à enrichir notre bibliothèque de "cas types". Dans cette optique, l'expérience rend le gut feeling plus fiable. L'intuition, et donc potentiellement le gut feeling, permettent également aux jeunes médecins d'aborder des cas complexes au vu de leur maigre expérience clinique et de rendre leur jugement clinique plus fiable. (11, 13)

Une étude faite au Danemark ne montre pas de différence entre la sensibilité et la spécificité du gut feeling chez les jeunes médecins et les médecins plus expérimentés. (10)

Une autre étude concernant les facteurs déterminants du gut feeling face au cancer semble étayer le contraire. En effet, la valeur prédictive positive du gut feeling face au cancer est majorée de 3% par année d'expérience supplémentaire du praticien.

Il semble, en conséquence, raisonnable de postuler que l'expérience rendrait le gut feeling plus fiable mais que, de manière contre-intuitive, le manque d'expérience ne rende pas ce dernier moins fiable. Les jeunes médecins gagneraient en efficacité à s'y fier. Il conviendrait tout de même de rester prudent et d'utiliser le raisonnement analytique et non analytique à bon escient.

Fiabilité du gut feeling : autres facteurs

Plusieurs facteurs ont été mis en évidence par les médecins interrogés.

Tableau 3 : Facteurs qui influenceraient positivement la fiabilité du gut feeling.

<u>Facteurs propres au patient</u>	<u>Facteurs propres au médecin</u>	<u>Facteurs propres à la clinique:</u>
<ul style="list-style-type: none">- capacités d'expression riches- peu anxieux	<ul style="list-style-type: none">- bonne humeur- bonne confiance en soi- faible anxiété- bien reposé- bonne connaissance de son patient et de son contexte- bonnes connaissances théoriques ?	<ul style="list-style-type: none">- type de pathologie

Un dernier facteur mentionné par les médecins était le temps de consultation. Un médecin pressé pourrait moins se fier à son gut feeling.

La personnalité du soignant jouerait également un rôle, notamment au niveau de l'utilisation qu'il va faire de son gut feeling et de la confiance qu'il mettra dans ce sentiment. (1)

Certains médecins avaient également émis l'hypothèse qu'il faudrait apprendre à connaître la valeur de son propre gut feeling afin d'en affiner l'utilisation.

L'avis des participants sur l'apport de bonnes connaissances théoriques à la fiabilité du gut feeling était partagé. La "dual process theory" postule que les connaissances théoriques, entre autres, forment la base des processus cognitifs inconscients sous-jacents au gut feeling. L'amélioration des connaissances optimiserait, en conséquence, la fiabilité du gut feeling. (11)

Il a été démontré que le meilleur indicateur de bon diagnostic était la genèse précoce de la bonne hypothèse diagnostique, dans les premières minutes de la consultation. Il s'agit d'un processus qui est sans doute régi par l'intuition étant donné la rapidité d'apparition de l'hypothèse diagnostique et le peu d'informations cliniques disponibles à ce stade.(13). L'intuition serait, en conséquent, un bon guide diagnostic.

Il est intéressant de noter que le raisonnement analytique ne serait pas la panacée non plus. Il faudrait également le voir comme un outil parmi d'autres, à utiliser avec prudence. Une étude a démontré que ce dernier serait moins précis que le "pattern recognition" ou reconnaissance de "cas types". (11)

Une autre étude, en dermatologie, affirme que les erreurs diagnostiques seraient plus fréquemment associées à un raisonnement lent que rapide.(11)

Le domaine de la psychologie s'est également fort intéressé à la fiabilité de l'intuition et du raisonnement analytique.

De Vries et al notamment, ont démontré que les étudiants en psychologie qui se fient à leur intuition surpassaient les étudiants qui cherchaient un diagnostic DSM-IV de manière plus analytique.

Pistes d'apprentissage

Il existe des études qui démontrent que les jeunes médecins s'appuieraient par défaut sur leur raisonnement analytique. Leur donner comme instruction de se référer à leurs expériences passées pourrait les aider. (11)

Ark Eva et son équipe de chercheurs ont demandé à des étudiants en médecine d'analyser des ECGs sur base intuitive et de les analyser étape par étape de manière analytique. Les deux systèmes sont aussi efficaces l'un que l'autre. Ils ont par ailleurs observé un gain d'efficacité en demandant aux étudiants de combiner les deux systèmes ("trust but verify").(13)

Une piste supplémentaire serait de faire passer le message que l'intuition et le gut feeling ne sont pas des court-circuits douteux de notre esprit. Il s'agit, au contraire, de mécanismes adaptatifs qui permettent de surpasser les limitations de notre cerveau et de mieux résoudre les cas complexes.(11)

Dhaliwal suggère que les professeurs attirent l'attention sur les scénarios adaptés à l'utilisation de l'intuition et ceux qui ne le sont pas du tout. Quand ils estiment que c'est approprié, ils peuvent partager leur propre intuition et motiver les étudiants à faire de même. C'est à travers la réflexion et le feedback que leur intuition pourra s'aiguiser. Elle souligne le fait que l'EBM et l'intuition ne sont pas incompatibles, au contraire. Explorer la littérature scientifique contribue à étoffer le bagage théorique et les expériences des étudiants, ce qui constitue la base de futures décisions intuitives. (13)

Stolper et son équipe suggèrent que prendre conscience de son gut feeling permettrait aux médecins généralistes de l'appivoiser et de savoir dans quelles circonstances il peuvent ou non faire confiance à ce sentiment. Le feedback sur les cas cliniques ou le "reflection-in-action", permet aux jeunes médecins de prendre conscience de leur gut feeling, de se rendre compte des limites de leurs connaissances et de les stimuler à en discuter avec quelqu'un d'autre ou à mettre en place un suivi. La réflexion personnelle est une qualité qui s'acquiert et peut être améliorée. Ils vont plus loin, en proposant que les étudiants en médecine discutent du rôle du gut feeling sur base de vignettes cliniques . Pour finir, ils conseillent aux étudiants de combiner le raisonnement analytique et non analytique. Il a été démontré que cette stratégie majore la précision diagnostique.(3)

De multiples études démontrent que la réflexion personnelle et le feedback rapide permettent d'améliorer la qualité du raisonnement diagnostique et, en conséquence, de réduire le taux d'erreurs diagnostiques. Stolper a analysé la discussion de cas cliniques entre des étudiants en médecine et leurs tuteurs. Il en est ressorti que seulement 3,1% des mots utilisés concernent le gut feeling ou que dans 7 cas sur 17 ce dernier a été abordé, le plus fréquemment par le tuteur. C'est le sentiment d'alarme qui fut le plus discuté.(3)

Il a été suggéré que les étudiants en médecine n'étaient pas sensibilisés au fait de reconnaître et d'adresser les émotions des patients. Cette vision est étayée par des études montrant que la réponse la plus fréquente des médecins face à l'inquiétude des patients est de parler de facteurs purement biomédicaux. Encourager les étudiants à être empathiques pourrait leur permettre de développer leur gut feeling au vu de la corrélation linéaire positive qui a été établie entre les deux. (10)

Le feed back sur les cas cliniques rencontrés par les assistants semble être un passage utile pour affiner son gut feeling. La discussion de cas et du rôle du gut feeling avec un tuteur ou le recours aux examens complémentaires pourrait être un moyen pour y parvenir.

Donner des instructions explicites aux étudiants en médecine de combiner le raisonnement intuitif et analytique pourrait renforcer leurs performances diagnostiques.

Les participants de l'étude avaient également suggéré des jeux de rôle, un apprentissage par paysage, l'utilisation d'indices de certitude et l'importance de prendre soin de soi et de se connaître comme soignant.

6.2. LES LIMITES ET BIAIS

L'échantillonnage des participants était dirigé afin d'obtenir une population hétérogène. J'ai réussi à obtenir une bonne variété au niveau des types de pratique. Malgré une tentative d'également obtenir une hétérogénéité au niveau de l'âge, 5 des 10 participants appartenaient à la catégorie des 25-35 ans. La recherche des coordonnées de médecins et la prise de contact avec ces derniers ont probablement été influencés par le fait que j'appartiens moi-même à cette tranche d'âge.

Pour des raisons pratiques, j'ai préférentiellement contacté des médecins bruxellois. Les pratiques rurales ou semi-rurales sont, en conséquence, sous-représentées dans l'étude.

La saturation des données n'a, de plus, pas été atteinte.

La taille de l'échantillon est probablement trop limitée pour que les résultats obtenus soient extrapolables à plus grande échelle.

Les participants ont beaucoup plus abordé le sentiment d'alarme que celui de réassurance durant les entretiens. Le sentiment d'alarme semble plus puissant, plus utile et plus fiable aux yeux des médecins et donc plus mémorable. Les résultats portent, en conséquence, peu sur le sentiment de réassurance.

Certaines hypothèses émises dans ce travail se basent sur le postulat que le gut feeling serait un sous-type de l'intuition et que ces hypothèses pourraient également s'y appliquer par extrapolation. Même s'il paraît naturel de considérer le gut feeling comme un type d'intuition, il pourrait bien avoir ses propres caractéristiques. Il n'existe pas d'étude confirmant ou infirmant ce postulat.

Certains chercheurs pensent également que le gut feeling est une construction mentale complètement artificielle et un concept inutilement compliqué. (13)

Beaucoup de résultats de l'étude ont néanmoins pu être étayés par la littérature scientifique existante.

6.3. RÉFLEXION PERSONNELLE

Le gut feeling constitue vraisemblablement un atout pour le médecin généraliste.

Je pense néanmoins qu'il serait hâtif d'en louer aveuglément les qualités sans nuance.

Chaque patient se présente à nous sur fond d'une toile complexe. La singularité de chaque cas provient non seulement du patient et de son contexte, mais également de l'hétérogénéité des présentations cliniques qui existent. Chaque médecin est, de plus, très différent sur de multiples aspects allant de sa personnalité, à son vécu ou encore sa formation clinique. Le raisonnement analytique devrait dans l'idéal être du "sur mesure", à l'image de la complexité du cas auquel il est confronté. Je pense que le processus analytique sous-jacent au raisonnement clinique est potentiellement plus complexe que ce que la littérature pourrait le suggérer. Il me semble également que notre subconscient est parfois plus à même de capter cette complexité et que le gut feeling en serait le résultat.

Je ne pense pas qu'on puisse dire que le gut feeling soit complètement fiable ou qu'il faudrait définitivement s'en méfier. Le gut feeling est un sentiment complexe, façonné par de multiples facteurs, qui doit être interprété au cas par cas.

Le gut feeling est néanmoins, à mes yeux, une réalité. Ce travail m'a confortée dans l'idée qu'il s'agit d'une alarme à laquelle je dois prêter attention. Il s'agit toutefois de rester prudent et de ne pas mettre le raisonnement analytique de côté pour autant, qui reste la base du raisonnement en médecine.

L'impact de l'expérience clinique sur la fiabilité du gut feeling reste peu claire. Il me paraîtrait logique de penser que l'expérience peut aussi bien avoir une influence positive que négative sur le gut feeling. En effet, elle étoffe notre bagage de connaissances et nous apprend à mieux connaître la fiabilité de notre propre gut feeling par feedback.

L'expérience augmente d'autre part la confiance qu'on a dans nos capacités diagnostiques et même, par ce biais, parfois à des imprudences. Il me paraîtrait cohérent de dire que les médecins plus âgés peuvent continuer à se fier à leur gut feeling, mais en ne court-circuitant pas le raisonnement analytique sous prétexte de leur expérience plus riche.

A l'image des résultats de l'étude, le sentiment d'alarme me semble jouer un rôle plus important dans la prise de décisions médicales et être plus digne de confiance que le sentiment de réassurance. Ce dernier garde néanmoins un rôle potentiel et mériterait également toute notre attention.

J'estime également qu'il serait utile de l'intégrer dans le parcours d'apprentissage des étudiants et assistants en médecine générale ou du moins de faire prendre conscience à ces derniers que le concept existe et qu'il mérite leur attention. Les maîtres de stages devraient également en être informés afin d'y prêter attention pendant leurs discussions avec leurs assistants. Cela vaudrait la peine de creuser le sujet afin de mettre en évidence des interventions pédagogiques efficaces dans cette optique.

7. Conclusion

Le gut feeling est un sentiment, d'alarme ou de réassurance, ressenti par la majorité des médecins généralistes.

Il peut agir comme un compas pour guider le médecin, et c'est d'autant plus vrai en médecine générale où l'incertitude fait partie du quotidien. Il fait également office de signal d'alarme qui doit inciter le médecin à mettre en place certains filets de sécurité au risque de passer à côté d'une pathologie plus grave.

Les études concernant la fiabilité du gut feeling en médecine générale sont peu nombreuses. Tout paraît néanmoins indiquer qu'il s'agit d'un sentiment fiable, ou du moins dans certains contextes particuliers comme la dyspnée, la détection de cancers ou encore l'approche pronostique des infections chez les enfants.

L'expérience semble permettre au gut feeling de s'affiner. Il s'agit cependant d'un sentiment multifactoriel dont la genèse exacte et le processus cognitif sous-jacent sont encore mal compris. Bien que certaines études ne montrent pas de différence de fiabilité entre jeunes médecins et médecins plus expérimentés, d'autres études suggèrent tout de même un gain de fiabilité qui grandit avec l'apprentissage.

Une stratégie gagnante serait de donner des instructions explicites aux médecins d'utiliser les deux voies du raisonnement clinique: le système intuitif et le système analytique.

La réflexion personnelle et la discussion de cas avec un médecin plus expérimenté paraît également être une bonne piste pour aiguiser son gut feeling.

L'utilité d'intégrer la notion de gut feeling dans les cours des étudiants en médecine semble être unanime chez les participants mais doit faire l'objet de recherches plus extensives. Les moyens pédagogiques pour y parvenir sont peu clairs.

Stolper et son équipe ont initié une réflexion scientifique autour du raisonnement non analytique et plus précisément sur le gut feeling. Il devient de plus en plus clair que gut feeling et EBM ne sont pas forcément incompatibles. Il faudrait pousser les recherches plus loin afin d'en établir le fondement scientifique, les facteurs déterminants et la fiabilité.

L'enjeu serait de pouvoir intégrer le gut feeling dans notre pratique quotidienne et dans le cursus médical afin de le mettre au service de notre efficacité pronostique et diagnostique et, in fine, de nos patients.



8. Bibliographie

- (1) Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, Van de Wiel M, Van der Weijden T, Dinant GJ. **The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. A focus group study of the concept and its determinants.** BMC Fam Pract. 2009;10-17.
- (2) Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkout C, Stolper E, Le Reste Jean-Yves. **L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ».** Exercer ; 2011 : 22:16-19.
- (3) Stolper CF, Van de Wiel MWJ, Hendriks RHM, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Van der Weijden T, Dinant GJ. **How do gut feelings feature in tutorial dialogues on diagnostic reasoning in GP traineeship ?** Adv Health Sci Educ Theory Pract. mai 2015;20(2):499-513.
- (4) Den Bruel AV, Thompson M, Buntinx F, Mant D. **Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study.** BMJ. 25 sept 2012;345:e6144.
- (5) Donker GA, Wiersma E, Van der Hoek L, Heins M. **Determinants of general practitioner's cancer-related gut feelings-a prospective cohort study.** BMJ Open 2016;6:e012511.
- (6) Barais M, Barraine P, Scouarnec F, Mauduit AS, Le Floc'h B, Van Royen P. **The accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or thoracic pain: protocol for a prospective observational study.** BMJ Open. 2015;5(3):e006810.
- (7) Norman G. **Dual processing and diagnostic errors.** Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009 Sep;14 Suppl 1:37-49. Epub 2009 Aug 11.
- (8) Paillé P. **L'analyse par théorisation ancrée.** Cahiers de recherche sociologique. 1994, (23):147-181.
- (9) Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. **The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression.** Eur J Gen Pract. 1 janv 2010;16(2):72-4.
- (10) Fischer Pedersen A, Lind Ingeman M, Vedsted P. **Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a cross-sectionnal survey of Danish general practitioners.** BMJ Open 2018;8:e020007. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020007.

- (11) Norman G. **Dual processing and diagnostic errors.** Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(suppl 1):37–49.
- (12) Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. **Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning.** J Gen Intern Med. févr 2011;26(2): 197-203.
- (13) Dhaliwal G. **Going with your gut.** J Gen Intern Med. 2011 Feb; 26(2): 107–109.
-