



L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings »

Magali Coppens¹, Pierre Barraïne¹, Marie Barais¹, Patrice Nabbe¹, Christophe Berkhout², Erik Stolper³, Jean-Yves Le Reste¹

exercer 2011;95:16-20.

magali.coppens@orange.fr

1. Département de médecine générale – UFR Brest
2. Département de médecine générale – UFR Lille
3. School for public health and primary care. Department of general practice – Maastricht University (Pays-Bas).

Introduction. Confrontés à des problèmes cliniques mal définis, les médecins généralistes fondent parfois leurs décisions sur l'intuition. Une équipe néerlandaise a étudié l'intuition à l'aide de focus groupes. Deux aspects de l'intuition ont été mis en évidence : un sens de l'alarme et un sens de la réassurance. Ensuite, une procédure par rondes Delphi a permis d'identifier 7 critères pour définir le concept de « gut feelings ». L'objectif de la présente étude était d'obtenir un consensus français en utilisant les résultats et la méthode de l'équipe néerlandaise.

Méthode. Procédure Delphi avec 34 généralistes universitaires français utilisant les critères néerlandais traduits en français par une procédure aller-retour.

Résultats. Le consensus a été obtenu sur neuf critères définissant le « gut feelings ». Les résultats des procédures Delphi française et néerlandaise étaient comparables.

Conclusion. L'intuition dans le raisonnement médical est une notion pertinente aux yeux des généralistes universitaires français. Le « consensus gut feelings » étant obtenu en France, des études sur ce thème peuvent être mises en œuvre.

Mots-clés

Intuition

Diagnostic

Médecine générale

Gut feelings

Décision

Introduction

La décision, et plus particulièrement la décision médicale, est fondée sur des éléments objectifs et subjectifs. L'intuition appartient aux éléments subjectifs. Cependant, personne ne connaît sa place, son ampleur et sa pertinence dans les processus de la décision médicale.

Opposer les éléments objectifs et subjectifs, c'est un peu opposer la médecine fondée sur les preuves et une médecine plus intuitive, plus en lien avec « les tripes ». Le terme un peu cru de « gut feelings » (sensation tripale) a été retenu pour étudier la place de l'intuition en médecine. Un consensus sur ce terme a été obtenu aux Pays-Bas dans une étude qualitative par focus groupes, puis consolidé et validé par une procédure Delphi^{1,2}.

Les focus groupes ont permis de distinguer 2 aspects de l'intuition : un « sens de la réassurance » et un « sens d'alarme »¹. Dans le cas d'une sensation de réassurance, le médecin est sûr du pronostic et de sa prise en charge, sans avoir de diagnostic bien établi. Dans le cas d'une sensation d'alarme, le médecin a l'impression que quelque chose cloche alors qu'il n'y a aucun élément objectif pour étayer cette sensation. Il perçoit intuitivement qu'une intervention est nécessaire afin de prévenir la survenue de graves problèmes de santé pour le patient¹.

Secondairement, une procédure en rondes Delphi a été réalisée auprès de 27 médecins généralistes universitaires aux Pays-Bas et en Flandres²⁻⁴. Elles ont permis d'obtenir un consensus sur 7 critères de définition de l'intuition en médecine générale.

- La sensation d'alarme était définie comme une malaise perçu par le médecin. Il s'inquiétait d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'il n'avait pas d'éléments objectifs pour cela : « il y a quelque chose qui cloche ». La sensation d'alarme le poussait à mettre en œuvre une procédure diagnostique et une prise en charge particulières afin de prévenir la survenue de problèmes de santé graves chez le patient.
- La sensation de réassurance était définie comme une impression de sécurité perçue par le médecin sur la prise en charge et l'évolution ultérieures du problème du patient alors qu'il n'était pas forcément certain du diagnostic : « tout colle ».

L'article² concluait que les sensations d'alarme et de réassurance étaient des concepts bien définis.

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.

Ce travail a obtenu le prix de thèse CNGE 2010



Proposition 1	Le sentiment « ça colle, ça cloche » est surtout de l'ordre du degré d'assurance du médecin sur le pronostic des plaintes.
Proposition 2	Le sentiment « ça colle, ça cloche » n'a pas grand-chose à voir avec la formulation d'hypothèses de travail et de diagnostic.
Proposition 3	« Ça cloche » implique de se méfier de l'état de santé du patient quand bien même il n'y a pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.
Proposition 4	« Ça cloche » signifie qu'une autre forme d'intervention semble nécessaire pour éviter à court terme de graves complications de santé.
Proposition 5	« Ça colle » signifie que le médecin généraliste se sent sûr de lui pour le pronostic, même si les arguments objectifs manquent, tout concorde.
Proposition 6	« Ça colle » implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour instaurer un traitement.
Proposition 7	Peut-être désirez-vous formuler vous-même une proposition concernant la définition du « ça colle, ça cloche ». Voulez-vous alors la rédiger ci-dessous ?

Tableau 1. Critères de définition initialement soumis aux participants

Enfin, 9 interviews approfondies auprès de médecins généralistes allemands ont permis d'obtenir des descriptions plus détaillées de la sensation d'alarme : « *Hier stimmt was nicht !* » (il y a là quelque chose qui ne tourne pas rond), des éléments qui la provoquent, de ses causes et des conditions de sa survenue⁵.

Le concept d'intuition avec ses 2 aspects de sensation d'alarme et sensation de réassurance ayant été défini aux Pays-Bas, en Flandres et en Allemagne : qu'en était-il en France ?

L'objectif du présent travail était de construire une définition opérationnelle du concept de « gut feelings » dans le cadre de la médecine générale en France.

Méthode

Étude qualitative en rondes Delphi. Les libellés des critères soumis aux 27 médecins généralistes universitaires néerlandais (tableau 1) ont été traduits selon une procédure aller-retour.

- Du néerlandais vers le français par un généraliste français néerlandophone.
- Du français vers le néerlandais par un généraliste flamand travaillant en Belgique.

Au final, la sensation d'alarme a été nommée « ça cloche » et la sensation de réassurance « ça colle ». Les 7 critères finaux obtenus par les rondes Delphi de l'étude flamande ont été traduits suivant la même méthode.

Dans un second temps, une procédure Delphi a été utilisée auprès des généralistes universitaires français dans le but de déterminer le degré d'accord d'experts^{3,6,7} autour du « consensus gut feelings ».

Les 34 participants à l'étude ont été tirés au sort parmi la liste de l'ensemble des généralistes universitaires français issus de l'annuaire 2007 du CNGE (Collège national des généralistes enseignants).

La liste des critères traduits a été envoyée aux participants par courrier électronique. Il leur était demandé de donner leur degré d'accord avec chaque proposition par un chiffre allant de 1 (pas d'accord du tout) à 9 (totalement d'accord). Les participants devaient commenter toute note inférieure à 7. Le consensus sur un critère était obtenu quand au moins 70 % des participants avaient noté 7 ou plus⁸. Il a également été demandé aux participants d'apporter leur propre définition de l'intuition (ça colle ou ça cloche).

Les commentaires des participants permettaient de reformuler les critères non consensuels qui leur étaient renvoyés dans la version reformulée. Ils pouvaient de nouveau chiffrer les nouveaux critères, en se basant sur les réponses des autres s'ils le souhaitaient. Les rondes ont été répétées jusqu'à obtention d'un consensus.

Afin de comparer les résultats des procédures Delphi française et néerlandaise, les critères consensuels ont été traduits du néerlandais vers le français et inversement. Les conclusions des deux équipes ont été mises en commun en langue anglaise.

Résultats

Trois rondes ont été nécessaires pour obtenir le consensus (tableau 2). Le taux de participation a été important (29/34). 5 médecins n'ont pas répondu aux questionnaires (3 dans la première ronde, 1 dans la deuxième et 1 dans la troisième). Les 7 critères initiaux néerlandais ont été reformulés et 4 autres provenaient des commentaires des participants.

À l'issue de la première ronde, les critères 3 et 6 ont été acceptés.

Par souci de clarté, le critère 1 a été scindé en critère 1a et 1b. Dans leurs commentaires, les participants ont insisté sur la notion de congruence ou concordance

Critère	Ronde 1		Ronde 2		Ronde 3		Résultats	Ronde
	n	%	n	%	n	%		
1	25	26,7					Rejeté	1
1a			13	86,2			Accepté	2
1b			9	93,1			Accepté	2
2			13	75,9			Accepté	2
3	17	90,3					Accepté	1
4			11	86,7			Accepté	2
5					19	79,3	Accepté	3
6	1	77,4					Accepté	1
7			10	80			Accepté	2
8			11	82,1			Accepté	2
9			16	66,7			Rejeté	2

Tableau 2. Tableau de synthèse des 3 rondes Delphi françaises

entre les plaintes du patient et les hypothèses du médecin (tableau clinique identifiable, diagnostic). Pour le critère 4, les participants ont noté que « ça cloche » n'impliquait pas forcément une situation potentiellement grave : « *c'est juste qu'on ne comprend pas encore tout* ».

Ils ont été prudents sur le critère 5 et estimaient dangereux de ne pas aller plus loin dans la démarche diagnostique en absence d'éléments objectifs.

Trois nouveaux critères ont émergé des propositions faites par les participants (n° 7, 8 et 9). Le critère 7 insistait lui aussi sur la notion de cohérence et apportait celle d'« intime conviction ». Le critère 8 résumait la place de l'intuition dans le raisonnement diagnostique.

La deuxième ronde a permis d'obtenir un consensus sur les critères 1a, 1b, 2, 4, 7 et 8. La plupart des participants ont axé leur réflexion sur la proposition 5 sur 2 points : le terme « diagnostic » leur semblait trop définitif. Ils lui préféraient ceux de « prise en charge », « résultat de consultation », « pari probabiliste ». Dans le cas où les éléments objectifs étaient absents, le sentiment d'assurance devait rester provisoire : il était indispensable de garder une attitude de prudence, de rester vigilant et d'observer attentivement ce qui allait se passer. Enfin, devant la convergence des remarques vers des propositions 5 et 9 reformulées de façon quasi identique, seul le critère 5 a été retenu après la troisième ronde.

Après trois rondes, un consensus sur 9 critères a été obtenu (Tableau 3).

Plusieurs aspects de la définition de l'intuition ont été mis en évidence.

- La signification du sens de l'alarme, celui de réassurance et comment ils surviennent (critères 1a, 1b, 3, 5 et 7). La notion de reconnaissance de tableau et de concordance entre les signes cliniques et les observations cliniques apparaît. Le critère 7 ajoute la notion d'« intime conviction ».

- La sensation vague et inconfortable sur le pronostic alors que le médecin n'a pas de raisons objectives (critère 3). Les conséquences de la sensation d'alarme sont aussi explicitées (critères 2, 4 et 6). Le critère 5 instaure la notion de prudence sur la sensation de réassurance en insistant sur le fait qu'elle est provisoire et doit être remise en question à tout moment. Cette notion de prudence et de remise en question permanente a été largement mise en exergue dans les commentaires des participants.
- Le critère 8 est une formulation concise de la place qu'occupe l'intuition dans le processus de raisonnement diagnostique.

En résumé, le consensus français obtenu dans cette étude est comparable à celui des Pays-Bas. Les critères de définition sont clairs et pragmatiques.

Discussion

L'objectif de cette étude était de construire une définition européenne de l'intuition (gut feelings) dans le raisonnement en médecine générale. Cependant, plusieurs points sont à préciser afin de généraliser l'utilisation de ce concept et de sa définition.

Les médecins généralistes universitaires interrogés étaient par définition expérimentés et même considérés comme des experts. Les premières publications sur ce sujet décrivaient la sensation d'alarme comme étant plus fréquente chez les jeunes médecins¹. Dans d'autres études, la sensation d'alarme apparaissait lorsqu'il y avait quelque chose d'inhabituel chez le patient. L'expérience était une toile de fond, et l'intuition poussait le médecin vers une pratique réflexive^{9,10} en l'amenant à s'interroger sur sa façon d'agir.

L'intuition est-elle indépendante de l'expérience ? Deux études sont en cours : la première pour valider ce concept auprès des médecins de terrain et la seconde auprès des



- Le sens de l'alarme était défini par le fait que le médecin était inquiet pour le patient alors qu'il manquait d'éléments objectifs pour cela : « *il y a là quelque chose qui cloche* ». La non-concordance entre les plaintes du patient et les observations du médecin poussait ce dernier à aller plus loin dans la démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau présenté par le patient. Le sens de l'alerte incitait le médecin à remettre en question ses raisonnements habituels pour faire un diagnostic ou décider d'une conduite à tenir. Il devait revenir à des raisonnements plus hypothético-déductifs.
- Le sens de réassurance était défini par le fait que, même en l'absence d'éléments objectifs, le médecin se sentait sûr de proposer une prise en charge adaptée au patient : « *Il n'est pas inquiet, tout colle !* ». Cette assurance était provisoire et devait être révisée au moindre doute. Le sens de réassurance pouvait donc être défini par le fait que le médecin n'était pas inquiet pour sa prise en charge bien qu'il n'ait pas tous les critères requis sous-tendant ses raisonnements habituels.

dra pas du degré d'expérience et pourra être celui de tous les médecins. Si tel n'était pas le cas, il ne faudra pas parler d'intuition, mais de raisonnement d'expert. Peut être faudra-t-il considérer l'intuition comme un processus cognitif spécifique à chacun, mais à des niveaux divers (novice, interne, expert)¹¹⁻¹⁴ ?

Une autre interrogation porte sur l'impact de l'intuition sur la pratique professionnelle : faut-il l'écouter et la suivre ou faut-il s'en méfier ? Là aussi deux études sont en cours : la première porte sur l'intuition du médecin généraliste qui adresse un patient atteint d'une pathologie grave vers un service d'urgence. La seconde aborde la place de l'intuition comparativement aux éléments objectifs lors de la démarche diagnostique d'embolie pulmonaire.

Conclusion

Selon cette étude, l'intuition est une réalité pour les généralistes universitaires français. Cela confirme les résultats publiés par l'équipe néerlandaise. C'est la première validation du « consensus gut feelings » dans un autre pays européen. Elle permet d'en savoir plus sur les aspects non analytiques du processus décisionnel des médecins généralistes. Si l'étude semble indiquer que l'intuition est un concept internationalement autonome et bien défini, d'autres recherches européennes sont nécessaires. Les critères de définition résultant de la procédure Delphi permettent désormais d'utiliser ce concept pour de futures recherches sur la validité de ce « compas décisionnel »¹⁵, et pour l'intégrer, à terme, dans des programmes éducatifs.

internes en médecine générale de premier semestre. Si dans ces deux populations il est possible d'identifier des critères linguistiquement proches de ceux des généralistes universitaires, le concept de « gut feelings » pourra être considéré comme autonome. Il ne dépen-

Critère 1a	Le sentiment « ça cloche » est surtout lié à la non-concordance entre les plaintes du patient en ce sens qu'elles ne concordent pas avec les signes (sémiologiques, cliniques) observés par le médecin.
Critère 1b	Le sentiment « ça colle » du médecin généraliste est surtout lié à la cohérence entre les plaintes du patient et un tableau clinique identifiable par le médecin.
Critère 2	Le sentiment « ça cloche » active le processus diagnostique du médecin généraliste en le poussant à formuler et à examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour le patient.
Critère 3	« Ça cloche » implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.
Critère 4	« Ça cloche » signifie que le médecin généraliste va aller plus loin dans la démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes du patient.
Critère 5	« Ça colle » signifie que le médecin généraliste, même s'il manque d'éléments objectifs, se sent sûr de proposer une prise en charge adaptée. Cette assurance est cependant provisoire, temporaire, car il doit garder une attitude de prudence indispensable afin de revenir sur sa position au moindre doute.
Critère 6	« Ça colle » implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour instaurer un traitement.
Critère 7	Le sentiment « ça colle, ça cloche » est une intime conviction du médecin tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation médecin-malade avec cette situation clinique.
Critère 8	Le sentiment « ça colle, ça cloche » aide à la décision du médecin dans des situations d'incertitude.

Tableau 3. Les 9 critères consensuels français

Summary

Background. *In front of poorly defined clinical troubles, General Practitioners (GPs) sometimes base their clinical decisions on gut feelings. Research into the significance of this phenomenon with focus groups and Delphi consensus procedure in the Netherlands provided a concept of gut feelings: a sense of alarm, a sense of reassurance and several determinants.*

Objective. *Which consensus on gut feelings in general practice in France can be obtained using the Delphi consensus procedure used in the Netherlands?*

Design. *Qualitative research including a Delphi consensus procedure with a heterogeneous sample of 34 French academic GPs after a forward-backward translation of the initial Dutch statements of gut feelings.*

Results. *A large consensus was obtained about nine definition criterias very close to the Dutch ones.*

Conclusion. *Gut feelings in medical reasoning is a discerning notion for French academic GPs. As a consensus on gut feelings has been found further research will be conducted to validate it.*



© Fotolia

Références

1. Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice a focus group study of the concept and its determinants. *BMC Family Practice* 2009; 10:17.
2. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Family Practice* 2009;10:66.
3. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32:1008-15.
4. Kimchi J, Polivka B, Stevenson JS. Triangulation: operational definitions. *Nurs Res* 1991;40:364-6.
5. Hauswaldt J, Kruschinski C, Hummers-Pradier E. "Something doesn't fit in here!". Sensation of alarm and clinical decision making. *Medizinische Hochschule Hannover. EGPRN meeting Nijmegen*, May 2006.
6. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.
7. Techniques particulières. La technique Delphi. in : Nadeau eds. *L'évaluation de programmes. Théorie et pratiques*. Laval, Presses Universitaires éd., 1988:8-9.
8. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:52-61.
9. Hani MA, Keller H, Vandenesch J, Sonnichsen AC, Griffiths F, Donner-Banzhoff N. Differences from what the textbooks say: how GPs diagnose coronary heart disease. *Fam Pract* 2007;24: 622-7.
10. Hauswaldt J. *Clinical Decision making – a synopsis of concepts*. EGPRN meeting Kavala, October 2006.
11. Charlin B, Tardif J, Boshuizen HP. Scripts and medical diagnostic knowledge: theory and applications for clinical reasoning instruction and research. *Acad Med* 2000;75:182-90.
12. Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002;324:729-32.
13. Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract* 2002;52:395-400.
14. Moulton CA, Regehr G, Mylopoulos M, MacRae HM. Slowing down when you should: a new model of expert judgement. *Acad Med* 2007;82:109-16.
15. Stolper CF, Van Leeuwen Y, Van Royen P, et al. Establishing an international research agenda on gut feelings in general practice using the nominal group technique. *EJGP* 2010;2:75-9.

Remerciements

À l'équipe du GROUM.F (Alain Mercier, Laurence Coblentz-Baumann, Dominique Gras, Isabelle Aubin-Auger) pour leur travail de synthèse sur les commentaires des participants.
À Denis Pouchain pour son aide à la rédaction.