



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2023 N° 019

REGARDS CROISÉS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10
patients et 10 médecins généralistes.

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le Mardi 21 Mars 2023

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Générale

Par **Pauline GUILLOU**

Née le 25/11/1993, au Mans

Co-écrite Avec Noémie EYRAUD – TOLLET

Sous la direction du Professeur Alain MOREAU

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOSNE

30 septembre 2022



Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT



Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophthalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
-------	---------	---

Professeur des universités – Médecine Générale

Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINÉ	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers

Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénérologie

Maitres de conférences

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maitres de conférences

Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maitres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maitres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maitres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Président du jury et aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Rémy Boussageon, je vous remercie de me faire l'honneur de Présider cette thèse.

Monsieur le Professeur Alain Moreau, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Avec une grande bienveillance, vous m'avez poussé à produire un travail rigoureux et avez été d'un grand soutien.

Madame la Professeur Anne-Marie Schott, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Madame le Docteur Audrey Taureau, je vous remercie tout particulièrement d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Je suis ravie d'avoir croisé votre chemin et espère partager avec vous de bons moments à venir.

A ma famille :

A mes parents, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont soutenu pendant toutes mes études. Vous m'avez offert une enfance de rêve. C'est grâce à vous que je suis ici aujourd'hui. Parce que vous m'avez tant donné, j'espère vous rendre fière et vous redonner toute ma vie en retour. Je vous aime.

A ma sœur, que j'appellerais sans cesse pour partager nos avis. Parfois loin des yeux mais toujours près du cœur. A nos étreintes de sœurs.

A mes deux grand-mères. A tata Brigitte, Jean et Catherine, Elise, Quentin, Florent, Jessica, Margot et la famille qui s'agrandie.

A mes amis :

A Léa S., mon pilier. A nos excellents souvenirs, et ceux que nous allons construire.
A Léa D. qui m'a tant apporté, mon crush de l'internat. A ces belles années devant nous.

A Angélique D., qui ne laissera jamais le temps ou la distance nous séparer.
A Alexandra, un soutien imparable, bastion de nos soirées angevines les plus joviales.
A Faustine, Zoé, Camille, Manon L. Manon C. Lisa, Laura, merci pour les innombrables moments ensembles. Girl Power Ever !

A Baptiste, mon éternel confident.
A Pierre, mon petit frère, et Lucie pour ton humour et ton sourire.
A Solène et Thibaud pour leur amitié sans faille, leur incomparable générosité.
A Gabriel, je serais toujours « ta petite Pauline », et à Margaux, tu sais ce qu'il y a à savoir.
A Ben&Mel et leur capital sympathie inépuisable.
A Max, Candice et Coline et nos retrouvailles tous ensemble.

A Marius & Kaou, Louise et Brice, Justine, et les ingénieurs.
A Kév D. , et notre trio infernal avec Gab.
A tous les Angevins qui m'ont ouvert leur porte.
A Laura A. et ces bons moments à Montréal ou dans le sud.

A tous mes colocataires, sans exception, à ces lieux de vie et de partage. A Bruno et Thibaut, pour ces doux moments rue Gasparin. A Robin et Emilie et nos retrouvailles à Lyon. A Cédric pour nos repas houwous-fromage.

A ma douce Eli que j'ai hâte de revoir et à Lennart qui me manque. A Yannic et Alex.

A Aurélie et sa joie de vivre, ses pas de danse et son rire. A Juliette et sa douceur, sa gentillesse et son féminisme.

A Alex, qui j'espère viendra faire un autre réveillon de Noël chez les Guillou.

A Angélique P. et son savoir-faire culinaire, sa pâte à tartiner.

A Issam, Emilie, Anne, Rémi, pour cet internat de folie.

A Jamila qui m'a conseillé, écouté.

A Marikiki, Guillemette, Mathilde pour ces révisions, ce ski, ces jeux, ces WE.

A Manue et Roméo qui m'ont fait découvrir le Bénin.

A Max, merci de m'avoir fait découvrir le ski de randonnée.

A Estelle et Thibaut, et nos apéros à perpétuer.

A Thaïs et Marie, je n'aurais pas pu rêver meilleur trio pour ce dernier semestre, merci.

A tous mes co-internes.

A toute l'équipe de Medicina, pour m'avoir si bien accompagné en ce début d'activité.

A mes MSU les Docteurs Guillaume Gindrey et Patrice Muraccioli pour m'avoir fait adorer la Médecine Générale.

A Geo, Lise, Arnaud, Yasmim, Quentin, Schulz, Pauline, Carole et tous les amis de Luc.

A la famille Groshaeny qui a fait le déplacement. Merci de votre accueil si chaleureux.

A Luc, qui me fait rire et me rend heureuse. A nos projets. Je t'aime.

RÉSUMÉ

Contexte : Historiquement, on pensait que le diagnostic était une prérogative du médecin. Cependant en consultation il n'est pas rare que le patient s'avance sur un diagnostic. C'est lui qui connaît ses symptômes et c'est au médecin de traduire ses perceptions vécues en un diagnostic. Plusieurs études ont évalué l'intérêt de l'élaboration de la décision médicale partagée avec le patient. La question du diagnostic, en amont de la décision, pourrait-être le résultat d'une co-construction entre le patient et le médecin.

Objectif : Recueillir le vécu des patients et des médecins généralistes concernant l'élaboration d'un diagnostic partagé entre le médecin et le patient.

Méthode : Étude qualitative phénoménologique par le biais d'entretiens semi-dirigés de 10 patients et de 10 médecins. Les entretiens ont été analysés par les deux investigatrices selon une approche sémio-pragmatique de Peirce. Une triangulation des analyses a été réalisée.

Résultats : Les regards croisés patient et médecin sur le diagnostic partagé convergeaient sur la perception d'un échange entre l'expertise du médecin basée sur son savoir médical, et l'expertise du patient basée sur son expérience vécue. Une relation de confiance médecin-patient était nécessaire. L'écoute active et la disponibilité du médecin étaient demandées par le patient et considérées par le médecin. Médecins et Patients étaient d'accord sur le fait que le diagnostic en lui-même n'était pas systématique. Ce qui importait, c'était le partage des connaissances et des informations pour que le patient comprenne ce qu'il lui arrive. Cela semblait améliorer le vécu de l'incertitude diagnostique et rassurer le patient. La construction d'un diagnostic entre le médecin et le patient permettait de trouver un terrain commun où pouvaient confluer leurs idées respectives. C'était un travail coopératif et délibératif. Le diagnostic partagé pouvait faire émerger des conflits. Il pouvait y avoir des désaccords sans terrain d'entente trouvé. Les patients et les médecins décrivaient internet comme principale source d'information des patients. La place du patient dans la consultation se confrontait parfois à celle du médecin. Ce dernier pouvait redouter l'empowerment du patient.

Conclusion : L'approche centrée sur le patient semblait adaptée au partage du diagnostic avec le patient : développer une relation d'écoute active favorisant la confiance. Le médecin devait comprendre la perspective du patient et son expérience vécue, avoir une vision globale biopsychosociale, et trouver un terrain commun pour permettre une décision médicale partagée.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	18
1. Le diagnostic	18
2. Evolution vers un diagnostic partagé	19
3. Approche centrée patient et décision médicale partagé	20
Méthode	23
1. Type d'étude et méthodologie : choix de la méthode	23
2. Recherche bibliographique	23
3. Composition de l'équipe de recherche	24
4. Constitution de l'échantillon et recrutement	24
4.1. Critères d'inclusion de l'échantillon raisonné	24
4.2. Recrutement	24
5. Entretiens	25
5.1. Documents d'information préalables à l'entretien	25
5.2. Guide d'entretien	25
5.3. Les investigatrices	26
5.4. Durée et lieu des entretiens	26
5.5. Déroulement des entretiens	26
5.6. Notes durant les entretiens	27
6. Recueil et analyse des données	27
6.1. Recueil des données	27
6.2. Journal de bord et travail réflexif	27
6.3. Analyse des données	28
7. Aspects éthiques et réglementaires	28
7.1. Réglementation	28
7.2. Confidentialité	29
7.3. Conflits d'intérêt	29
7.4. Information et consentement	29
7.5. Archivage des données	29
8. Matériel	29
Résultats	30
1. Description de l'échantillon	30
2. Analyse des résultats patients	33
2.1. Le regard du patient sur le diagnostic partagé médecin-patient	33
2.1.1 Étonnement initial	33
2.1.2. La perspective des patients sur le diagnostic partagé	34
	14

2.2. Les prérogatives du médecin selon le patient	35
2.3. Relation médecin-patient essentielle au diagnostic partagé	37
2.3.1. Considérer la parole du patient par une écoute active	37
2.3.2. Confiance	37
2.3.3. Les modalités du DP	38
2.4. L'intérêt d'avoir du temps pour le DP	39
2.5 Les Contributions et les limites du patient	39
2.6 Les contributions d'internet	41
2.7. Prérogative du médecin dans la synthèse diagnostic	42
2.8 Conséquence du DP	43
2.8.1. Bénéfices	43
2.8.2. Risques	43
3. Synthèse du regard patient sur le DP	45
4. Analyse des résultats médecins	47
4.1. Ce qu'évoque le diagnostic partagé au médecin	47
4.1.1. Premières impressions	47
4.1.2. Le diagnostic n'est pas systématique à la fin de la consultation	48
4.2. L'apport du patient dans le DP selon le médecin	48
4.2.1. le vécu et les représentations du patient	48
4.2.2. Le patient générateur d'hypothèses diagnostiques par l'idée qu'il se fait de la maladie et la contribution d'internet.	49
4.2.3. Le rôle des patients	50
4.2.4 Les limites du patient	51
4.3. Les modalités d'un diagnostic partagé selon le médecin	52
4.3.1. La communication : un outil indispensable pour la relation médecin-patient	52
4.3.2. Une relation de confiance	53
4.3.3. Un échange d'information constructif entre le patient et le médecin	53
4.3.5. Un terrain d'entente	55
4.4. La gestion de l'incertitude	56
4.4.1 Liée à la subjectivité du patient	56
4.4.2 Liée au manque d'objectivité du médecin	57
4.5. Le raisonnement diagnostic	58
4.6. Le diagnostic reste une prérogative du médecin	59
4.7. Bénéfices et inconvénients du DP du point de vue du médecin	61
4.7.1. Pour le patient	61
4.7.2. Pour le médecin	62
4.7.3 Limites du DP	63
	15

4.7.4. Risques de conflit du pouvoir diagnostic	64
5. Synthèse du regard médecin du le DP	67
Discussion	69
1. Intérêt de l'étude	69
2. Discussion de la méthode	69
2.1. Validité interne	69
2.1.1. Forces de l'étude	69
2.1.2. Limites de l'étude	70
3. Discussion des résultats	72
3.1. Complexité de la démarche diagnostique	72
3.2 DP dans le cadre d'une démarche d'ACP	75
3.3. Participation du patient comme acteur	78
3.4. : La gestion du temps en médecine générale: un frein comme un atout au DP	80
3.5 Les limites du DP : les biais	81
3.6. Regard synthétique sur ce travail de recherche	83
Conclusion	84
Références bibliographiques	86
Annexes	90
1. Note d'information	90
2. Formulaire de consentement	92
3. Questionnaire socio-démographique	93
4. Canevas d'entretien initial	94
5. Canevas d'entretien modifié	95
5. Canevas d'entretien dernière version	96
6. Analyse sémio pragmatique, méthode de Peirce	98
8. Accord du comité d'éthique	99
9. Grille COREQ	100
10 : Comparaison des modèles article de cathy charles	102
11 : Conclusions signées	103

GLOSSAIRE

DP : Diagnostic partagé

ACP : Approche centrée patient

DMP : Décision médicale partagée

EBM : Evidence based Medicine

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

1. Le diagnostic

L'étymologie du mot diagnostic vient du grec « *gnose* » qui signifie « *connaissance* » et le préfixe « *dia* » qui signifie à travers(source) ¹. Dans la langue française, on retrouve différentes versions de la définition du diagnostic ². Selon le dictionnaire du Larousse, c'est le « *temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint* ». Il est également défini par son but « *l'identification d'une maladie chez un patient d'après l'étude des symptômes et des signes, les résultats de divers examens* » ³. On retrouve historiquement et encore aujourd'hui que l'élaboration du diagnostic appartient au médecin ².

A l'époque de la médecine magico-religieuse, le diagnostic appartenait aux devins et aux prêtres. Avec Hippocrate, la médecine prend un tournant plus rationnel et le diagnostic est fondé sur un examen clinique minutieux ⁴. Le diagnostic devient de plus en plus scientifique avec l'avancée des méthodes diagnostiques : du cornet de Laënnec, à la microbiologie en passant par l'imagerie médicale. Le diagnostic s'est affiné et défini au fil des époques par les avancées scientifiques.

Les étudiants en médecine apprennent à élaborer un diagnostic lors de leurs études. C'est le résultat de l'apprentissage par la relation de la cause à effet en présentant un corpus de maladie : on présente la maladie et on cite sa liste de symptômes⁵.

En pratique, quand le médecin pose le diagnostic, c'est l'inverse qui se produit. Le patient apporte ses symptômes, le médecin les identifie pour arriver à nommer la maladie. C'est ce qu'on appelle le raisonnement diagnostique ⁶.

Le médecin réalise son diagnostic grâce à l'entretien avec le patient, l'examen clinique et si besoin les examens complémentaires. Il est donc nécessaire que le patient lui rapporte ses symptômes et ses plaintes. Ceux-ci peuvent être des signes fonctionnels ou physiques. Les signes fonctionnels recueillis lors de l'interrogatoire sont subjectifs car ressentis par le patient

¹ Corvez, *Etymologie du Lexique Biomédical et de la Santé*.

² Pierre Godeau et Daniel Couturier (au nom d'un groupe de travail), « Le Diagnostic En Médecine ».

³ Académie française, « Dictionnaire de l'Académie française ».

⁴ Bonah et Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé (France), *Médecine, santé et sciences humaines*.

⁵ Boucand, « L'élaboration du diagnostic ».

⁶ Masquelet, « Le raisonnement diagnostique ».

(par exemple la douleur, des paresthésies). Les signes physiques quant à eux sont objectifs car recueillis lors de l'examen clinique réalisé par le médecin ⁷. A partir de cela le médecin va dresser un tableau clinique, regrouper les signes en syndrome afin de poser un diagnostic.

Le processus d'élaboration du diagnostic, est donc plus complexe qu'une simple relation de cause à effet. On parle de démarche diagnostique. Elle comprend une partie d'intégration du contexte biopsychosocial du patient par le praticien. Ce travail d'interprétation est dépendant de la compréhension des plaintes du patient par le médecin et du jugement de ce dernier. Il est ainsi influencé par la connaissance du médecin de son patient et de l'expérience du médecin. D'autre part, la manière dont les informations sont délivrées par le patient oriente le médecin dans ses questions et ses pistes de recherches ⁸.

Dans le colloque de la HAS il était rapporté que les médecins plus anciens avaient été formés essentiellement sur l'examen clinique au détriment de l'anamnèse car jugée trop subjective et source d'erreur. L'élaboration du diagnostic s'est transformée au cours des 30 dernières années pour développer aujourd'hui un véritable dialogue avec le patient ⁹.

2. Evolution vers un diagnostic partagé

Le raisonnement clinique du médecin comprenant l'élaboration du diagnostic est un phénomène complexe. Il s'articule en 3 étapes ¹⁰.

- La génération d'une **hypothèse diagnostique principale** et de diagnostics différentiels via l'entretien avec le patient. Le médecin transforme les plaintes du patient en un langage médical et retient les détails pertinents.
- Il **priorise ensuite ses hypothèses** afin d'articuler les différentes données récoltées lors de l'anamnèse et de l'examen clinique.
- Enfin, le médecin **va synthétiser son raisonnement médical au patient** en tenant compte de son contexte bio psycho social. Puis ils élaborent ensemble la démarche à tenir.

⁷ Bourgeois, « Le diagnostic ».

⁸ Huys, « Le rôle de l'anamnèse dans la co-construction du diagnostic ».

⁹ HAS, « Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée. »

¹⁰ Marie-Claude Audétat, Caroline Béique, Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche. *Difficultés de raisonnement clinique*, Guide du raisonnement clinique. Université de Montréal.

Pour se faire, les médecins font appel à des processus mixtes de raisonnement, associant le raisonnement analytique hypothético-déductif et la reconnaissance spontanée d'une conjonction de signes cliniques. Ce savoir-faire diagnostique s'acquiert et s'alimente avec l'expérience du médecin ¹¹.

Seulement le diagnostic n'a d'intérêt que s'il est correctement transmis au patient. La communication est donc une responsabilité médicale clé dans le processus diagnostique ⁹. Du point de vue du patient, une analyse médicale précise et opportune de l'explication de son problème de santé est primordiale. L'explication n'a de sens que si cette information est comprise par le patient afin qu'avec le professionnel de santé, ils puissent agir ensemble sur l'explication ¹².

3. Approche centrée patient et décision médicale partagée

Depuis plusieurs décennies la relation médecin-patient s'inscrit dans une dynamique d'égalité et de partage. En France, la loi du consentement des patients établie en 1994 ouvre le champ de la réflexion concernant la place du patient dans la décision médicale. La loi Kouchner du 4 mars 2002 invite davantage les médecins à prendre en compte l'avis du patient¹³. Les pays anglo-saxons développent eux aussi la réflexion centrée sur le patient.

En 2015, la HAS recommande une démarche centrée sur le patient qui *“s’appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d’une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu’il existe une complémentarité entre l’expertise des professionnels et l’expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie (...)”* ¹⁴.

Avec l'ACP le médecin doit donc prendre en compte l'expérience de la maladie vécue par le patient et ses perspectives (son vécu, ses représentations, ses attentes, et ce qui est important pour lui). Il doit comprendre le patient dans sa globalité biopsychosociale ¹⁵. Il doit s'assurer

¹¹ Nendaz et al., *Le raisonnement clinique*.

¹² HAS, *Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé*, Fiche méthodologique, Mars 2018

¹³ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

¹⁴ HAS, *Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Mise au point. 2015

¹⁵ Moreau Alain, Nadir Kellou, Irène Supper, Marion Lamort-Bouché, Corinne Perdrix, et al.. *L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2*. Exercer, 2013

que le patient comprenne sa pathologie et les thérapeutiques proposées. Le médecin doit laisser la place au patient pour qu'il prenne part à la décision médicale ¹⁴.

Les décisions médicales entre le médecin et le patient sont étudiées sous formes de modèles conceptuels, qui sont des représentations simplifiées de la réalité complexe des rapports humains lors de la consultation. Trois principaux modèles ont été comparés¹⁶. Le modèle paternaliste du médecin unique décideur de Parsons est adopté jusque dans les années 1980, le modèle de décision informée où seul le patient décide, et la décision médicale partagée. Plusieurs études observationnelles ont montré que la majorité des patients souhaitent participer à la décision médicale¹⁷.

La DMP émerge dans les années 1990. Elle s'intègre dans l'Evidence Based Medicine pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle comprend deux étapes : l'échange de l'information bilatérale et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle du patient.

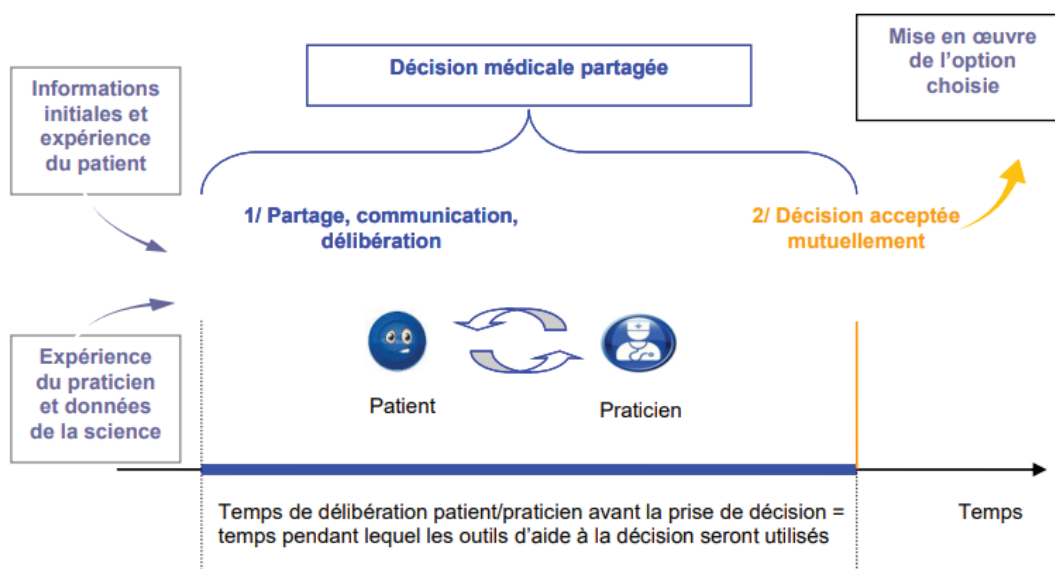


Figure 1: Processus de décision médicale partagée

Les études concernant la prise de décision partagée ont été largement axées sur les décisions de traitement ou de dépistage. La question de la contribution du patient dans l'élaboration du

¹⁶ Charles, Gafni, et Whelan, « Shared Decision-Making in the Medical Encounter ». Mars 1999.

¹⁷ Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1982. sept 1999

diagnostic dans le processus de DMP a peu été développée. La prise de décision médicale partagée pour le diagnostic, qui est le “problème”, doit être séparée de la décision médicale partagée pour le traitement, qui est la “solution”. L'important est de cerner la nature des préoccupations du patient.¹⁸ Les décisions de traitement supposent une condition existante, le diagnostic, alors que les situations diagnostiques nécessitent une clarification de cette condition.

L'objectif de ce travail est d'avoir un regard croisé des patients et des médecins généralistes sur l'élaboration et la co construction du diagnostic en médecine générale. On peut aussi se poser la question de l'intérêt de la démarche clinique d'approche centrée sur le patient pour partager le diagnostic.

¹⁸ Berger, « Patient centred diagnosis: sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice ».

Méthode

1. Type d'étude et méthodologie : choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique analytique¹⁹ par entretiens individuels semi-dirigés menés jusqu'à saturation des données. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les perceptions des patients et des médecins sur le diagnostic partagé entre le patient et le médecin en médecine générale.

La réalisation de cette étude a fait l'objet d'un accord au préalable par le comité d'éthique de la faculté de médecine de Lyon le 12/07/2022.

2. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a débuté en décembre 2020 via le portail documentaire de l'université Lyon 1 avec le catalogue en ligne de la bibliothèque universitaire de Lyon 1 et les bases de données suivantes : PubMed, SUDOC, Google, Google Scholar, Cairn, Banque de données de Santé publique, Lissa.

Les mots clés utilisés, à partir des termes MeSH, étaient pour la recherche francophone: "diagnostic partagé", "approche centrée patient", "consultation", "médecine générale".

Pour la recherche internationale, les termes MeSH étaient: "general practice", "sharing" "diagnose", "bias".

Les investigatrices ont participé à des ateliers de recherche bibliographique organisés par la faculté en début d'internat, ce qui leur a permis d'acquérir les bases de recherches bibliographiques en utilisant les termes MeSH. La bibliographie a été complétée par la remontée de la bibliographie des articles et thèses déjà consultés sur ce sujet, et actualisée tout au long de ce travail avec l'apparition de nouveaux thèmes évoqués lors des entretiens.

¹⁹ *La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé*, Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel

3. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée d'une médecin généraliste remplaçante à Lyon inscrite en année de thèse et d'une interne en médecine générale de la faculté de Lyon, à la fois investigatrices, chercheurs et auteurs de ce travail. L'avancée du travail a bénéficié de points téléphoniques réguliers entre les membres de l'équipe de recherche et le directeur de thèse.

4. Constitution de l'échantillon et recrutement

4.1. Critères d'inclusion de l'échantillon raisonné

Les personnes interrogées devaient être d'une part des patients ayant déjà consulté un médecin généraliste en cabinet de médecine générale.

D'autre part, les médecins devaient être des généralistes exerçant en cabinet de médecine général sur le même lieu d'activité depuis au moins un an.

Étaient exclus les patients mineurs, ayant des troubles cognitifs, ou ayant une mauvaise maîtrise de la langue française, ne permettant pas une compréhension complète du sujet de l'étude et le recueil du consentement éclairé.

4.2. Recrutement

Le recrutement a été effectué par mail ou par téléphone par bouche-à-oreille pour les patients et via l'annuaire santé d'Ameli ou anciens MSU pour les médecins puis par effet boule de neige.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre d'acceptation et de disponibilité des interviewés entre juillet 2022 et décembre 2022.

Un échantillonnage raisonné en variation maximale a été recherché selon les critères suivants : âge, sexe, année d'installation pour les médecins d'une part. Et pour les patients d'autres part : âge, sexe, absence ou présence de pathologie chronique, suivi régulier ou non chez le médecin traitant.

Une note d'information à l'attention des interviewés a été élaborée afin de donner les principales informations sur l'étude et ses modalités (Annexe 1). La définition du sujet de recherche n'était pas clairement explicitée pour ne pas influencer les réponses des participants.

5. Entretiens

5.1. Documents d'information préalables à l'entretien

Au moment du recrutement les personnes mises en contact avec l'investigatrice recevaient un mail explicatif rappelant le thème de la recherche et les modalités de l'entretien. Lors de la rencontre une note d'information était délivrée (Annexe 1) pour expliquer l'objectif de la recherche. Un formulaire de consentement était complété et signé par le participant (Annexe 2). Il devait aussi remplir un formulaire de caractéristiques socio démographiques personnels (Annexe 3) anonymisés que l'investigatrice gardait à la fin de l'entretien pour compléter les statistiques pour l'étude et aider lors de l'analyse des résultats.

5.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien initial (Annexe 4) a été élaboré en concertation entre les deux investigatrices et le directeur de thèse. Il contenait une question ouverte brise glace sur les représentations de l'interviewé concernant le diagnostic partagé en médecine générale puis deux questions portant sur des situations concrètes vécues par les interviewés. Six questions ouvertes semi dirigées plus spécifiques aux médecins et aux patients étaient posées selon le sens que prenait l'entretien. Quatre questions de synthèses communes au patient et au médecin étaient posées. Il a été testé auprès d'un patient et d'un médecin en mai 2022. Ces deux entretiens ont été retranscrits et commentés par les investigatrices puis confrontés à la relecture du directeur de thèse puis modifié (Annexe 5).

Les investigatrices ont apporté des modifications au guide sur les conseils et observations apportés par les membres du comité d'éthique lors de la commission en juillet 2022 :

- Ajout des adresses email etu.univ-lyon1.fr sur la fiche de consentement aux entretiens, la lettre d'information, et la fiche de thèse. Permettant aux participants de se rétracter.
- Ajout de la définition du diagnostic expliqué aux patients, sur conseil du patient-enseignant présent au comité d'éthique du 12/07/2022 : *“identifier, une maladie, un état, d'après vos symptômes”*
- Ajout de la mention *"mauvaise maîtrise de la langue française, ne permettant pas une compréhension complète du sujet de l'étude et le recueil du consentement éclairé."* dans les critères de non-inclusion des patients à l'étude.

- Modification du recrutement des médecins : "*Recrutement aléatoire sur l'annuaire santé d'ameli.fr (annuaire.sante.ameli.fr).*"

Au fil des entretiens, le guide d'entretien a été enrichi et a évolué pour donner le canevas final (Annexe 6), élargissant les questions ouvertes pour permettre une liberté d'expression et un recueil plus large:

- Selon vous, qu'est-ce que le diagnostic partagé entre le médecin et le patient? Qu'est-ce que vous en pensez?
- Avez-vous des expériences de diagnostic partagé positives à nous partager?
- Avez-vous des expériences de diagnostic partagé négatives à nous partager?
- Comment peut-on faire un diagnostic partagé selon vous, comment procéder?

Sur le dernier entretien patient et médecin, après discussion avec le directeur de thèse, les investigatrices ont posé des questions plus spécifiques sur les influences que le patient peut avoir sur le médecin, ou le diagnostic partagé et les biais inhérents à la subjectivité du patient ou du médecin, pour faire préciser ces thèmes qui avaient été peu abordés par les interviewés.

5.3. Les investigatrices

Il a été fait le choix pour des raisons pratiques de faire à la fois des entretiens patient et médecin par les investigatrices.

5.4. Durée et lieu des entretiens

Les entretiens médecins avaient lieu dans le cabinet d'exercice du praticien, hormis pour un médecin où l'entretien a été fait à son domicile. Les entretiens patients ont été fait au domicile des patients. Il n'y a jamais eu de tierce personne au cours des entretiens.

Les entretiens ont duré entre 15 minutes à 35 minutes au maximum.

5.5. Déroulement des entretiens

Au début de l'entretien, l'investigatrice se présentait. Puis elle rappelait rapidement l'objectif de l'étude et de l'entretien ainsi que les modalités de sa mise en œuvre. Un consentement écrit, daté et signé pour chaque participant a été recueilli pour l'enregistrement audio de l'entretien, la retranscription littérale et l'utilisation des verbatims dans le travail de thèse.

Le caractère confidentiel des données recueillies et le respect de l'anonymat étaient rappelés aux participants.

L'investigatrice donnait aux interviewés une feuille à remplir pour renseigner des données socio démographiques les concernant dont se sont servi les investigatrices pour l'analyse des données. Elle adoptait une attitude d'écoute active, posait les questions principales tout en relançant le participant quand elle le jugeait nécessaire.

La formulation et l'ordre des questions restaient libres en fonction du déroulement de l'entretien.

5.6. Notes durant les entretiens

Des notes étaient prises par l'investigatrice lors des entretiens, principalement pour retenir les points qui lui semblaient importants et pour lesquels elle voulait relancer les interviewés.

6. Recueil et analyse des données

6.1. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone dédié à cet effet et parfois sur le téléphone de l'investigatrice. Ils ont été tous retranscrits mot à mot de façon dactylographiée avec le logiciel Word. L'anonymat était respecté en attribuant une lettre M suivie d'un chiffre à chaque médecin interrogé et d'une lettre P suivie d'un chiffre à chaque patient interrogé.

Dans un souci de confidentialité, les fichiers d'enregistrement audio ont ensuite été effacés.

Le contenu des entretiens n'était pas dévoilé pour conserver la confidentialité des enquêtés.

6.2. Journal de bord et travail réflexif

A la fin de chaque entretien l'investigatrice réalisait une autocritique sur l'entretien mené, ses questions, ses relances auprès des participants, les temps de silence. Puis l'autre investigatrice en retranscrivant l'entretien critiquait aussi les propos de l'investigatrice. Cette double analyse réflexive a permis d'améliorer la technique d'entretien et le guide d'entretien et de progresser dans le recueil des données.

Un journal de bord était aussi tenu afin d'y retranscrire les impressions positives et négatives, les difficultés rencontrées lors des entretiens. Cela a permis de faire émerger de nouvelles idées.

6.3. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis anonymisés et analysés dans l'ordre du recueil des données. Le verbatim a été analysé manuellement selon la méthode phénoménologique d'analyse thématique et sémio pragmatique de Peirce.

Aucune nouvelle grande thématique se rapportant à la question de recherche n'a été relevée à partir du neuvième entretien côté médecin et neuvième entretien côté patient. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au dixième entretien pour explorer davantage la manière dont le patient influe sur le diagnostic posé par le médecin dans le diagnostic partagé.

Une première lecture globale de l'entretien permettait aux investigatrices de s'imprégner du texte et saisir les principales idées. Les verbatims étaient ensuite analysés un à un et catégorisés grâce à une lecture plus focalisée permettant une première thématisation selon les Universaux de Peirce (annexe 6). Les thèmes et sous thèmes obtenus étaient alors classés par ordonnancement logique des catégories obtenues. Les investigatrices hiérarchisaient les catégories "pour obtenir une analyse phénoménologique et nommer le phénomène décrit". Les données recueillies ont été confrontées lors d'une triangulation des analyses entre les deux investigatrices. Le directeur de thèse était parfois sollicité lors d'un désaccord ou d'interrogation émanant des investigatrices. Cela a permis d'établir un plan dans lequel ont été mis les différents thèmes retenus comme pertinent pour répondre à la question de recherche.

7. Aspects éthiques et réglementaires

7.1. Réglementation

L'étude était conduite conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

L'étude a fait l'objet d'un passage en commission éthique à la faculté de médecine de Lyon Est en juillet 2022. Un avis favorable a été donné en date du 12 juillet 2022 sous le numéro IRB 2022-07-12-05. (Annexe 8)

7.2. Confidentialité

Seules les deux investigatrices ont eu accès aux informations saisies. Selon le code de la santé publique, toutes personnes amenées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude étaient tenues au secret professionnel, notamment le directeur de thèse.

7.3. Conflits d'intérêt

Les investigatrices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.
L'étude n'a requis aucun financement ni rémunération.

7.4. Information et consentement

Les participants étaient informés de l'étude et de l'utilisation des données enregistrées dans un langage clair et adapté. Une note informative leur était remise. Un formulaire de consentement nominatif était signé par les participants. Le consentement pouvait être retiré à tout moment de l'étude sans motif.

7.5. Archivage des données

Les données nominatives informatisées et audio ont été détruites à l'issue du travail de recherche. La version numérique et anonymisée de l'étude sera conservée au bureau des thèses de la faculté de Lyon et référencée.

8. Matériel

Pour la réalisation de cette étude, les investigatrices ont utilisé leur ordinateur respectif avec le logiciel de traitement de données Microsoft Office 2010.

L'installation du logiciel Zotero permettait de classer les références bibliographiques de manière simplifiée.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone numérique ou sur un téléphone.

Résultats

1. Description de l'échantillon

Dix patients ont été interrogés sur les quinze patients contactés initialement par mail puis par effet boule de neige en fonction de la variabilité d'échantillonnage de patients déjà entretenus. Cela nous a permis d'avoir une variabilité de patient avec 5 hommes et 5 femmes, d'âges différents de 18 à 80 ans. Les patients avaient des pathologies chroniques ou aiguës.

Côté médecins, dix ont été interrogés sur les quatorze contactés initialement sur internet via le site ameli au hasard dans une zone géographique centrée par le domicile des investigatrices. 4 étaient des femmes et 6 des hommes. 7 avaient une activité de médecine de ville et 3 avaient une activité rurale, semi rurale. Ils avaient tous une expérience différente, allant de 2 ans à 50 ans d'exercice .

Les entretiens ont été réalisés du 15/07/2022 au 20/12/2022 pour 9 sur leur lieu d'exercice et 1 à son domicile et pour les patients la totalité à leur domicile.

Les durées d'entretien allaient de 12 minutes au minimum à 37 minutes au maximum.

Les caractéristiques principales des patients puis des médecins sont regroupées ci-dessous dans le tableau 1 d'une part et le tableau 2 d'autre part.

Tableau 1 : Caractéristiques principales des patients

	Sexe	âge	Profession	Milieu de résidence	Pathologie Médicale courante	Fréquence de consultation (par an)
P1	F	25	Etudiante en relations internationales et culture	Urbain (69)	non	2
P2	F	34	Enseignante	Urbain (69)	Dépression / Asthme / Addiction	20
P3	F	57	Conseillère conjugale	Urbain (21)	Cancer du sein en rémission	1
P4	M	35	Ingénieur	Semi-rural (38)	Sportif	1 fois tous les 2 ans
P5	F	74	Retraitée, travaillait à la SNCF	Urbain (69)	Cancer du sein, Hypersensibilité pulmonaire	6
P6	M	37	Orthophoniste	Urbain (69)	Dermatose	2-3
P7	M	79	Retraité	Urbain (21)	HTA, Cholestérol	5
P8	M	62	Directeur PME	Urbain (69)	Diabète, HTA, Cholestérol, IDM	4
P9	M	28	Dessinateur dans un bureau d'étude	Semi rural (21)	Prostatite	3
P10	F	42	sans emploi, pas d'étude supérieure	Urbain (69)	Trouble anxieux, diabète type 2, HTA	24

Tableau 2 : Caractéristiques principales des médecins

	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Type de patientèle	Année d'expérience en médecine libérale	Particularité pédagogique (MSU, enseignant, PU)	Département d'exercice
M1	F	30	Ville	Femmes et enfant majoritaire	1	non	69
M2	M	36	Semi rural	Générale	2	Non	21
M3	F	45	Ville	Familiale (femme et enfant)	3 (ancienne orthophoniste)	MSU depuis sept 2022	69
M4	F	65	semi rural	générale	36	non	21
M5	M	42	Ville	Générale, défavorisée, multiculturelle	10	MSU, diplômé de pédagogie médicale	69
M6	M	55	Ville	Générale	27	Non	21
M7	M	65	Ville	Générale	40 (retraité depuis juillet 2022)	Non	21
M8	M	62	Ville	Pédiatrie, Grossesse, générale	31	Non	69
M9	M	35	Semi rural	Générale	4	Non	69
M10	F	50	Ville	Gynécologie, générale	15	Non	69

2. Analyse des résultats patients

2.1. Le regard du patient sur le diagnostic partagé médecin-patient

2.1.1 Étonnement initial

Le thème était le plus souvent inconnu pour le patient.

"Euhhhhhh... Bennnnnn... je ne sais pas ..." P2

"Bah pas grand-chose" P8

Les patients avaient besoin d'un temps de réflexion devant la stupeur du sujet.

"Ben quand c'est pas juste un truc descendant... qui vient du médecin qui sait et qui va dire au patient ce qu'il a par exemple, mais que ... par exemple c'est construit ensemble" P2

"Bah il faut qu'il y ait un échange donc euh... Partagé... Ba que le patient... ouai ... explique un petit peu ce qu'il a" P4

Certains patients donnaient leur définition rapidement.

"Le médecin a un avis sur des symptômes, mais qu'il ... demande aussi l'avis du patient et son ressenti, pour voir si justement y a la même impression sur les symptômes, sur ce que le patient peut ressentir" P1

"Un diagnostic partagé pour moi ce serait que l'information circule entre l'expertise du médecin et le patient..." P6

"A quoi ça me fait penser? Ça me fait penser à à ce que moi je peux lui apporter comme résultat de ce que je pense avoir" P7

C'était au médecin de partager l'information diagnostic avec le patient.

"Le médecin me dit le diagnostic qu'il a fait. D'une manière transparente." P8

"Un diagnostic c'est quand un médecin pose un diagnostic. Il te dit ce qu'il constate ce qu'il pense de ton de ta souffrance" P3

Le patient avait besoin d'être écouté par le médecin.

"Qu'il puisse écouter son patient et pas juste arriver en disant "vous avez ça" et on passe à la suite" P1

2.1.2. La perspective des patients sur le diagnostic partagé

L'échange entre le médecin et le patient était avant tout un rapport humain.

"Il y a, avant le rapport médecin-patient, c'est deux êtres humains qui vont se rencontrer. C'est hyper primaire" P9

Le diagnostic partagé impliquait un échange entre deux personnes basé sur une relation de confiance.

"J'ai confiance en Docteur X parce qu'il est beaucoup à l'écoute, et il explique lors de l'auscultation" P10

Le diagnostic partagé était un travail à deux.

"Diagnostic partagé? bah ça veut dire que le patient il prend part au diagnostic" P3

"Voilà arriver à poser de bonnes questions, des questions ouvertes pour que ... le patient, de lui même, peut-être arrive à un petit peu mieux à cerner... ses symptômes" P4

C'était une discussion entre deux expertises : un professionnel formé aux sciences médicales en relation avec une personne qui a une expérience d'un problème, qui a un besoin de nommer et d'expliquer la situation.

"Je pense que le partage c'est d'avoir cette espèce de relation, de discussion là aussi nette et claire de quelqu'un qui a fait les études pour et de quelqu'un qui lui, a subi l'affaire et qui doit lui apporter... bah un maximum d'éléments pour que la personne qui a fait des études retrouve dans sa tête ce qui peut être le problème" P7

Le DP était un travail de négociation entre le médecin et le patient.

"Le médecin il a son savoir, son expertise médicale. Moi j'ai mon expertise de mon propre corps, donc en fait, on négocie sur lui, ce qu'il a à me donner, et sur moi ce que je ressens et ce que je vis quoi" P6

Le socle de la consultation était le partage d'information via le dialogue et l'écoute du patient.

"En posant des questions, en prenant le temps quand même d'un échange et puis peut-être de poser des questions un peu ouvertes" P3

“Un autre médecin quand je lui racontais pour mes crises d’angoisse j’avais l’impression que je l’embêtais avec mes problèmes. Maintenant avec le nouveau médecin je suis plus écoutée.”

P10

Le diagnostic partagé correspondait aussi à poser et expliquer le diagnostic en face du patient.

“Qu’il y ait un mot qui soit mis sur le problème du patient, mais il y en a pas toujours. En tout cas, ce sera plus une explication de la situation.. Voilà.” P6

C’était aussi un travail interprofessionnel et le plus important pour le patient était finalement de nommer les choses.

“Ca a été le kiné qui a vraiment mis un mot sur ce qui c’était passé, le généraliste, j’ai surtout eu l’intuition qu’il donnait des pistes, mais finalement ça allait être le spécialiste qui allait vraiment poser le mot” P6

Le diagnostic n’était pas une finalité de la consultation.

"Tu as pas automatiquement le diagnostic à la sortie. Ça serait vouloir aller plus vite que la musique ou fausser les choses" P8

Le patient pouvait accepter un peu d’imprécisions dans le diagnostic clinique quitte à faire d’autres examens complémentaires.

"Des fois vaut mieux pas avoir un diagnostic précis et faire des examens complémentaires" P1

2.2. Les prérogatives du médecin selon le patient

Le médecin avait un devoir d’écoute du patient.

“Si j’ai affaire à un médecin qui ne m’écoute pas, à qui je ne peux pas parler: c’est stop direct”

P3

“Etre à l’écoute c’est vraiment important” P10

Le médecin devait être présent et disponible avec le patient.

"A partir du moment où on est dans un souci d'efficacité, on n'écoute pas... si déjà tu es en train de penser “Qu'est-ce que je vais bien pouvoir lui prescrire?” bah t’écoutes pas." P3

Le médecin avait un rôle d’informer le patient grâce à son regard d’expert.

"C'est bien aussi de lui souligner les choses que potentiellement... Il ne se rend pas compte ou qu'il n'accepte pas" P2

*"Je lui dis ce qui va pas, mes problèmes, et après c'est à lui de dire qu'est-ce qu'il en pense."
P5*

Le médecin devait par son interrogatoire orienter la discussion pour trouver le diagnostic.

"Le médecin, en posant des questions, arrive à faire..., pas à orienter mais euh... Ouai donner des indices pour que le patient arrive un petit peu mieux à cerner son problème." P4

Le médecin devait expliquer les choses au patient.

"Que les choses soient expliquées vraiment correctement, pas juste ... qu'on me dise "bah vous avez ça" sans explication, qu'on sache sur quoi c'est basé, etc..." P1

Le travail du médecin était de décoder et donner une cohérence à la problématique du patient pour donner un diagnostic approfondi.

"Comment le médecin va tenir compte de tes propos pour ensuite investiguer plus avant" P3

Le médecin détenait le savoir médical et la connaissance.

"Moi personnellement je suis d'une génération relativement ancienne maintenant. Le médecin pour moi c'était la faculté. La faculté sait et à partir de là elle fait un diagnostic de ce que je peux avoir de ce que je peux ressentir et en fonction de ce diagnostic qui est dit, on va traiter telle et telle chose avec telle ou telle thérapeutique" P7

"Je peux pas savoir ce que j'ai, je suis pas médecin moi! C'est pas à moi de faire le diagnostic, c'est au médecin, c'est lui qui sait. Nous on est que des patients on peux pas deviner." P10

Le médecin était presque dans l'intimité de la vie familiale des patients.

"Je me fais peut-être des illusions mais je pense que le médecin est aussi quelque part une nounou de faculté. [...] on connaît vraiment la vie familiale et à partir de là, le médecin il a un rôle, c'est de guider tout ça et en même temps de faire attention à ce que on dérape pas sur quelque chose" P7

Le fait que le médecin connaisse le patient était avéré et cela pouvait apporter des outils au médecin.

“Il a 20 minutes, mais voilà il me reconnaît maintenant quand même, clairement ça fait maintenant 2 ans que je vais le voir, [...]. Et j’ai l’impression et la sensation, je ne sais pas s’il le fait, qu’il ouvre le dossier avant de me faire rentrer dans le bureau. Alors c’est bête hein, sur son ordi, j’ai l’impression qu’il voit pourquoi on s’est vu[...] à chaque fois, elle me remet. Elle a quand même le tableau clinique en tête. Les allergies. Elle connaît mon métier” P6

“Le Docteur X il le sait tout de suite quand c’est que ça va pas, je peux pas l’influencer, il le sait à mon état, ma mine quand il me voit arriver” P10

2.3. Relation médecin-patient essentielle au diagnostic partagé

2.3.1. Considérer la parole du patient par une écoute active

Le patient avait à cœur de se savoir entendu et écouté chez son médecin, peu importe la situation.

"Si par exemple, un jour y a quelque chose qui se passe mal, on peut faire confiance au médecin, savoir qu'on va être écouté." P1

La parole du patient était très importante.

"Est-ce que j'ai un rôle à jouer? Je sais pas mais en tout cas je trouve que la parole du patient pour moi, elle est primordiale." P3

"Qu'on prenne en considération toutes les choses que j'aurais à dire" P1

Le patient avait besoin d'un espace pour s'exprimer, qu'il puisse être écouté sans qu'il soit interrompu par le médecin.

"Moi ce que j'apprécie c'est quand un médecin écoute d'abord ce que je lui dis. Voilà.. qui se précipite pas sur ses outils ou sur son bloc-notes pour prescrire des trucs. " P3

2.3.2. Confiance

La confiance était une condition nécessaire au diagnostic partagé.

"On n'a pas fait d'étude, on sait à peu près où on a mal, mais on peut pas dire que c'est exactement ça. On ne peut pas se mettre à la place d'un médecin qui a fait des études. Donc, on lui fait confiance" P5

L'empathie devait être au cœur de la relation médecin patient.

"Je pense que ce qui est important entre le patient et le médecin c'est l'empathie et en même temps le médecin il sait tout de la personne et il doit le guider au maximum." P7

Le patient en allant chez le médecin appréciait de se laisser guider.

"Oui, je ne vais pas chercher ailleurs. (Rires). Je ne vais pas faire de dépenses inutiles à la sécu. Voilà. La semaine dernière le médecin m'a dit de prendre des tisanes avec du miel. C'est ce que je fais" P5

"J'arrive, je lui dit ce qu'il se passe et en fait il essaye de trouver des solutions pour que ça aille mieux" P10

Le patient avait confiance en ce que le médecin disait.

"Je dis toujours, voilà "c'est ce que je ressens, après c'est mon impression, c'est vous qui allez me le dire" " P6

2.3.3. Les modalités du DP

La consultation suivait un ordre logique précis avec des étapes particulières.

"Il m'écoute et puis après il m'ausculte et il réfléchit à qu'est-ce que ça pourrait être" P3

Le patient devait décrire l'ensemble de ses symptômes dans son contexte historique et le médecin devait cibler avec ses questions lors de l'entretien.

"Faut bien décrire les signes... et l'historique... donc il faut que le médecin il pose les bonnes questions pour qu'il puisse avoir la vision complète dans le temps et sur les différents éléments" P8

C'était avec l'aide du médecin que le patient parvenait à donner les informations utiles.

"Un patient qui se poserait des questions tout seul, euh je suis pas sûr qu'il arrive à trouver des réponses en fait. Alors qu'avec l'aide du médecin qui lui, du coup est sachant, il peut réussir à mieux cerner les réponses qu'il cherche" P9

Puis il pouvait y avoir une partie dans la consultation où le patient donnait son avis ou posait des questions au médecin.

"Le mieux c'est d'abord d'écouter les symptômes, savoir comment on se sent, que ensuite le médecin puisse faire son travail de diagnostic et que c'est plus pendant la phase d'explication

où là on peut potentiellement rajouter des choses, se questionner, voir si effectivement ça correspond" P1

2.4. L'intérêt d'avoir du temps pour le DP

Les patients trouvaient important que le médecin prenne le temps du dialogue.

"En posant des questions, en prenant le temps quand même d'un échange et puis peut-être de poser des questions un peu ouvertes tu vois" P3

Il fallait que le médecin prenne le temps d'expliquer les choses au patient.

"Qu'ils prennent le temps d'expliquer, parce que quand on est patient, bah on ne sait pas... on ne sait pas tout." P1

"Il va checker un certain nombre de points. Après il faut qu'il arrive à prendre du temps. Bien s'adapter à ses personnes en face et à bien aller creuser les questions qui lui sont nécessaires." P8

Le médecin devait prendre le temps avec le patient lors de la consultation pour le connaître.

"La médecine, il faut passer du temps avec son patient, faut bien l'écouter. Tu peux pas faire ça en 10 minutes et connaître ton patient. Connaître son historique, presque connaître la famille. Donc si tu fais de l'abattage à fond, c'est pas vraiment de la médecine." P8

Les patients avaient l'impression que le médecin devait parfois travailler vite pour ne pas perdre de temps et donnait une impression de bousculade peu favorable au DP.

"Tous les gestes sont étudiés pour calculer... Surtout pas perdre de temps. Je me positionne comme ça parce que là: tac je jette le truc dans la poubelle, là: tac j'appuie sur l'ordi. J'ai eu à faire à quelqu'un qui avait tout chronométré, millimétré, qui savait exactement comment se positionner pour perdre le moins de temps possible" P3

Les patients trouvaient que les médecins étaient moins disponibles qu'avant.

"Voilà, on a un quart d'heure de consultation. Hop on passe à l'examen. On arrive à 18h - 19h, vous appelez le médecin, il y a plus de secrétaire, On vous dit que c'est fermé, Si c'est important faut appeler le 15" P7

2.5 Les Contributions et les limites du patient

La part importante du travail du patient était d'apporter des informations sur soi, du vécu des ressentis pour donner des idées au médecin.

"Moi ce que je lui apporte au médecin c'est mes sensations: j'ai quoi? j'ai mal là." P7

"Réussir à mettre des mots sur ce que je ressens, la sévérité, le ressenti vraiment quoi. Et la gêne aussi !" P6

"Pour les crises d'angoisse pas besoin de m'ausculter, ça se voit directement" P10

Le patient a le pouvoir d'être acteur et d'aider le médecin dans le diagnostic en apportant les informations utiles et précises.

"Quand je vais voir le médecin, je sais quoi dire, alors voilà, je lui mâche un peu le boulot d'investigation. En général, quand je vais voir le médecin, j'ai le dossier, j'ai les papiers qui peuvent l'aider donc du coup, ça circonscrit le problème. Les questions sont assez directes et je sais comment répondre ou je sais comment anticiper les questions quoi." P6

Le patient pouvait aider le médecin en lui disant vraiment tous ses symptômes.

"Si je lui apporte pas mes symptômes, il va pas savoir de quoi j'ai besoin et en même temps peut-être que ce que je vais lui apporter comme symptôme va peut-être lui donner une idée différente de la mienne" P7

Le patient devait donner des informations précises au médecin.

"On a un rôle à jouer dans le sens où c'est nous, patients, qui sommes affectés par quelque chose, donc forcément en tant que patient, si on dit "j'ai mal partout" c'est compliqué de cibler quelque chose pour le médecin, il peut pas. [...] C'est en ça que le patient a son rôle à jouer dans le diagnostic: c'est que le patient il doit savoir exactement où il a mal" P9

Le patient reconnaissait ses propres limites de connaissances médicales.

"Après, en tant que patient on n'a pas forcément les connaissances derrière tout ça donc... Si on veut voir un médecin, c'est parce qu'on ne sait pas ce qu'on a et c'est parce qu'on a besoin d'avoir un diagnostic." P4

"Le jour où je vais voir le médecin généraliste, c'est parce que je sais pas ce que j'ai." P3

L'asymétrie de savoir entre le patient et le médecin était un fait.

"Ce qui m'intéresse c'est qu'il me pose des bonnes questions, des trucs auxquels j'ai pas pensé, je suis pas médecin" P8

*"C'est pas évident ahah... De dire à un médecin, j'ai ça... On n'a pas fait de médecine, hein... Moi je ne me permettrais pas de dire: j'ai ci, j'ai ça. Je dis simplement la douleur, où je l'ai et puis c'est tout"*P5

2.6 Les contributions d'internet

Le premier réflexe de certains patients était d'aller regarder internet.

"Aujourd'hui le réflexe c'est quoi? C'est si tu as mal au ventre tu vas des fois chercher aussi sur internet et puis tu dis à ton médecin j'ai pensé à ça." P3

Le médecin n'est pas la seule ressource du patient pour s'informer.

*"Maintenant avec Internet et tout... évidemment on va pianoter sur l'écran et on voit déjà un petit peu les symptômes qu'on peut éventuellement avoir et à partir de là et bah faire une conversation avec le médecin en lui disant "Voilà moi j'ai regardé, Il me semble que j'ai ça, qu'est-ce que vous en pensez? Et comment on peut traiter l'affaire?"*P7

Internet permet de vérifier les informations données par le médecin après la consultation.

"A la fin, lui, il m'explique ce qu'il a pu trouver ou ce qu'il a encore à chercher ou à vérifier et après une fois qu'il m'aura dit ça, je vais aller effectivement sur internet regarder" P8

Les patients avaient besoin de dire au médecin qu'ils avaient regardé sur internet pour avoir leur avis.

"Je lui ai dit "j'ai vu ça sur internet", il m'a dit "faut pas regarder tout le temps sur internet parce que ça dit pas vraiment le même diagnostic qu'on va vous dire"." P10

Les patients étaient au courant qu'il fallait bien choisir les sites pour s'informer correctement.

"Je vais aller sur Internet. Et en choisissant bien le site, pas sur des forums de patients!" P8

Internet n'était pas toujours fiable et ne rassurait pas forcément.

"Dans tous les cas ça ne rassure pas. je pense qu'au contraire ça envenime le problème parce que tout est dit sur Internet jusqu'au pire scénario. C'est pour ça que la consultation derrière rassure énormément " P9

Certains patients ne voulaient pas regarder internet de peur d'être mal informés.

"Parce que je ne sais pas si c'est la vérité, si c'est pas la vérité... Y a tellement de trucs qui se disent et qui sont faux. Moi je préfère l'avis d'un médecin, que d'aller sur internet." P5

Pour les patients internet manquait de relation humaine.

"Quand on est sur internet il va pas vous prendre la tension, écouter votre coeur, c'est angoissant" P10

2.7. Prérrogative du médecin dans la synthèse diagnostic

La plupart du temps, le diagnostic revenait finalement au médecin.

"Par contre c'est le médecin qui pose le diagnostic c'est pas le patient. Je vais pas chez le médecin en disant "j'ai une infection urinaire", je vais chez le médecin en disant " j'ai mal quand je vais aux toilettes, J'ai mal aux lombaires"...." P9

"Mais de base le diagnostic il vient du médecin et pas du patient qui vient juste avec ses symptômes." P1

"L'expérience que j'en ai en tout cas, c'est... Tu y vas, tu présentes un petit peu les symptômes que tu as et c'est principalement le médecin qui propose... le diagnostic." P4

C'est le médecin qui restait l'expert pour le patient.

"Ça m'est arrivé de dire "je suis allé sur internet, je suis tombé là-dessus..." et je verbalise le: "vous en pensez quoi ?". Parce que ça reste le médecin pour moi qui a quand même une expertise et qui sera démêlé le... fake (rire) de la vraie information et c'est lui qui est à la pointe." P6

Le patient devait rester à sa place et ne pas prendre la place du médecin.

"Faire prendre conscience à certaines personnes qu'ils ne sont pas médecins et puis voilà... C'est pas à eux de faire leur propre diagnostic quoi." P4

"Je vais pas lui dire moi qu'il se trompe dans le diagnostic!! je suis pas médecin" P10

"C'est bien le diagnostic partagé, c'est bien que le médecin donne la parole aux patients mais c'est ce que je disais au début de l'entretien c'est que il faut savoir remettre les acteurs à leur place." P9

"De mon point de vue.... le diagnostic c'est le job du médecin." P3

Pour les patients, c'était au médecin d'éduquer les patients à "rester à leur place".

"C'est important que le médecin ait aussi un rôle de... Je sais pas si c'est bien employé, mais c'est un rôle d'un peu d'éducation du patient, en disant "Attention c'est un échange par contre, Vous êtes patient"." P9

2.8 Conséquence du DP

2.8.1. Bénéfices

Le diagnostic partagé majorait la relation de confiance avec le médecin.

"Ça met en confiance de se sentir écouté par euh... bah par le médecin." P1

Le diagnostic partagé participait à une médecine personnalisée en s'adaptant à chaque personne.

"Il est obligé de s'adapter à son client en face. Il ne va pas faire la même démarche avec une personne non médicale donc il ne va pas expliquer le même genre de truc." P8

Le DP permettait au patient d'avoir une meilleure compréhension de sa pathologie et donc une meilleure adhérence à la prise en charge.

"Le fait de pouvoir partager et d'expliquer clairement permet de mieux comprendre et d'avoir finalement un diagnostic qui est plus clair... aussi pour le patient." P1

"Il m'implique dans le diagnostic en m'expliquant les médicaments qu'il faut bien prendre, ne pas rater une prise. Il m'explique mes symptômes et ça c'est bien parce que je sais ce que j'ai comme ça, je comprends mieux." P10

Partager le diagnostic était chronophage mais c'était aussi un bon investissement.

"Plus le médecin t'aura fait participer, plus t'accepteras. Voilà, pas pour tout le monde mais quand tu peux le faire c'est bien de faire. après ça prend du temps pour le médecin, un investissement" P8

2.8.2. Risques

Les risques rapportés par les patients, de partager l'information concernaient très souvent l'automédication.

"Dans la société dans laquelle on est avec l'automédication qu'on a et l'auto diagnostic parce qu'on est tous médecin, moi le premier... Je pense que ça peut être dangereux." P9

Certains patients expliquaient qu'ils pensaient avoir une influence négative sur le diagnostic conduisant à des fausses pistes.

"Le médecin, il peut se laisser influencer par le discours de la patiente ou par le déni du patient. On est des humains et ça se passe dans des interactions, un échange. Donc c'est un risque, parce que peut-être tu as aussi des patients très convaincants qui peuvent t'amener sur des fausses pistes." P3

Via l'inversion des rôles, le patient pouvait se croire médecin et se trouver responsable d'un "mauvais" diagnostic.

"L'inconvénient, c'est qu'il ne faudrait peut-être pas... leur donner trop de confiance (aux patients) pour qu'ils se disent à l'avenir "bon ben c'est facile, le médecin m'a posé telle question, je me les pose, je pense avoir tels symptômes donc..." Qu'ils arrêtent d'aller consulter un médecin en se fiant à leur propre diagnostic à la maison, même s'ils... ne pourront pas forcément aller en pharmacie récupérer les médicaments qu'il faut " P4

"Il faut pas que le patient ait l'impression d'être plus fort, de savoir plus que le médecin. Parce que à un moment donné je pense que le médecin s'en détourne aussi" P7

3. Synthèse du regard patient sur le DP

Le DP avec le patient a été un sujet qui a provoqué la **surprise** auprès des patients. La singularité du DP s'inscrivait dans une **relation humaine** basée sur la **confiance**. Le fondement de cette relation était le **dialogue** et un travail **construit** entre **deux expertises**, une médicale et une qui exposait des impressions, une **expérience de son vécu**, un **ressenti** pour décrire ses symptômes. Parfois cette construction nécessitait une **négociation** entre le patient et le médecin.

La finalité du DP était de **traduire et nommer** le trouble du patient dans le cadre d'un **terrain commun entre médecin et patient**. Mais le **diagnostic n'était pas le but ultime** de la consultation médicale et pouvait parfois être manquant. Le **doute diagnostic** était volontiers accepté par le patient à condition d'une explication claire et si besoin d'une réévaluation clinique ou via des examens complémentaires.

Selon le patient, le médecin qui détenait plus de savoir que lui, avait pour rôle l'**écoute active** et la **disponibilité**, l'**expertise sur l'information**, l'**explication**, l'**orientation** de la consultation en **donnant du sens** aux symptômes du patient. L'objectif du médecin était de recueillir des informations utiles et précises. Il était important pour le patient que le médecin connaisse une partie de sa vie et de son **intimité**. Ces dispositions nécessitaient du **temps** que le médecin devait prendre. Parfois, dans un souci "d'efficacité" en terme de gain de temps, certaines consultations ressenties comme plus rapides par le patient, n'étaient pas propices au DP.

Plusieurs patients voulaient aller voir sur **internet** avant de consulter. D'autres voulaient éviter de peur d'être **mal informés** ou **d'avoir peur** de ce qu'ils liraient, surtout les patients plus âgés. Il existait différentes **sources d'informations** qui devaient être choisies car souvent **peu fiables**. Ceux qui regardaient sur internet trouvaient important d'**informer le médecin** de leur démarche. Les réponses apportées par internet **manquaient d'humanité**. Le patient gardait à l'esprit que la **référence diagnostic restait le médecin** et que le diagnostic lui appartenait.

Le DP avait comme bénéfice d'**accroître la confiance** envers le médecin. Le patient avait une meilleure **compréhension de sa pathologie** et donc une meilleure **adhérence thérapeutique**. Il s'agissait d'un **bon investissement**, certes **chronophage**. C'est ce qui faisait la particularité d'une **médecine adaptée** à chaque patient.

Les patients pensaient que les risques du DP pouvaient être l'**automédication** par mauvaise interprétation des dires du médecin ou par la mauvaise utilisation d'internet. Les patients pensaient que certains d'entre eux pouvaient **tendre à l'inversion des rôles** alors que chacun

devait rester à sa place. Les patients pouvaient également **imaginer influencer** le médecin à tort vers un “mauvais” diagnostic.

4. Analyse des résultats médecins

4.1. Ce qu'évoque le diagnostic partagé au médecin

4.1.1. Premières impressions

Certains médecins n'avaient pas d'idées à l'évocation du sujet de la thèse.

"Alors je dirais que c'est... j'imagine hein... que c'est une sorte de ... Alors diagnostic partagé... Tu peux répéter diagnostic partagé?" M2

"J'imagine que ça serait euh... c'est pas si simple en fait..." M8

Certains médecins plus expérimentés donnaient leur définition du DP assez rapidement.

"C'est un diagnostic que tu émetts lors de la consultation suite à un examen clinique, l'anamnèse du patient" M3

"Partager avec lui ce qu'il a, le stade où ça en est" M4

"Le diagnostic partagé, ça va être le moment où on se met d'accord avec le patient sur justement les... ce qu'on retient, ce qu'on comprend ensemble et la direction qu'on prend pour arriver à un diagnostic." M5

Certains médecins faisaient l'amalgame avec la décision médicale partagée.

"Moi ce qui me vient c'est décision partagée [...] C'est la loi du 4 mars 2002 principalement, c'est ça?" M2

Le DP avait pour objectif de favoriser une médecine personnalisée.

"Je trouve important de pas mettre forcément la personne dans des cases et s'adapter au malade." M4

Pour certains médecins, l'écoute du patient dans la description de son problème était une aide précieuse au diagnostic.

"Être à l'écoute du patient déjà, il nous aide dans le diagnostic!" M10

"Le DP c'est si t'écoutes bien ton patient, dans la majorité des cas t'as ton diagnostic avant l'examen clinique. Il t'apporte tous les éléments du diagnostic. Si des fois avant il a cherché sur google des fois t'as des bonnes surprises, pas toujours... Mais tu peux avoir des choses intéressantes." M9

Un travail coopératif avec le patient semblait indispensable au DP.

"Il faut vraiment travailler avec le patient " M4

4.1.2. Le diagnostic n'est pas systématique à la fin de la consultation

Les patients avaient le plus souvent besoin d'être écoutés et rassurés en fin de consultation et non pas d'avoir un diagnostic.

*"Il faut parfois une absence de diagnostic, pour qu'ils soient rassurés. Du coup, on se met moins la pression, parce qu'il ne faut pas qu'on trouve un diagnostic, simplement qu'en fait... il ne va pas bien psychologiquement, donc voilà il a besoin d'être écouté."*M10

Avec l'incertitude existante en médecine, poser un diagnostic n'était pas indispensable pour rassurer le patient.

"En médecine générale, avec tout le domaine de l'incertitude, il y a pleins de situations où on ne sait pas ce qu'il se passe, où en fait, on est quand même rassurés, et où en fait, ben on n'a pas de diagnostic." M5

La consultation pouvait aboutir à un résultat de consultation et non pas à un diagnostic.

"Alors ça dépend ce qu'on met derrière le diagnostic en fait [...] dans bon nombre de cas on arrive à plutôt un résultat de consultation qui n'est pas forcément un diagnostic, on peut juste en rester à un symptôme, un syndrome." M8

"Bah le diagnostic c'est "j'ai besoin d'une contraception" "je suis à risque de grossesse". c'est un diagnostic en soi." M5

Le diagnostic n'était pas perçu par les médecins comme une finalité de la consultation.

"Je ne me sens pas obligé de terminer toutes les consultations par un diagnostic." M6

4.2. L'apport du patient dans le DP selon le médecin

4.2.1. le vécu et les représentations du patient

Pour le médecin, il était important que le patient puisse exprimer son vécu de la maladie et le ressenti de ses symptômes.

"Il a un rôle à jouer dans la mesure où il s'exprime. Il participe... par l'expression au diagnostic." M4

"J'ai constaté que y'avait des patients qui avaient été mal écoutés, qui avaient un ressenti de gravité et qui ont pas été pris en compte dans ce ressenti là." M8

Le vécu était une source d'information majeure pour le médecin.

"On le sait pas toujours mais je pense quand même, on a des outils de connaissance du contexte, de la famille, de la personne qui nous permet souvent d'aller vers un diagnostic ou de l'exclure."

M8

"Ce qu'il apporte c'est son vécu déjà, parce que nous on a la théorie, eux ils ont la pratique"

M7

L'inquiétude des patients pouvait parfois servir à créer le doute chez le médecin.

"Le patient influe sur mon diagnostic oui, mais est-ce que j'en ai peur? Non. Leur inquiétude, leur anxiété fait qu'ils me mettent un doute." M10

"Ça va influencer, après j'essaye le plus possible de garder la tête froide euh... en me disant bah aller il a peut être raison." M3

La représentation du patient de sa maladie devait être prise en compte par le médecin.

"Des fois ils ont déjà imaginé un cancer alors que c'est une angine." M3

"Bon, ça c'est mon diagnostic à moi. Mais lui en fait il pense que suite aux interventions de ses hémorroïdes au Sénégal, il y a quelque chose qui ne fonctionne plus dans son tube digestif, les gazs s'accumulent à l'intérieur de son propre corps et font gonfler ses pieds et font jaunir ses yeux... pause ... qui a raison?? Pause ... Personne!"M5

4.2.2. Le patient générateur d'hypothèses diagnostiques par l'idée qu'il se fait de la maladie et la contribution d'internet.

Le patient pouvait avoir des hypothèses diagnostic et les présenter au médecin lors de la consultation.

"Des fois ils arrivent en disant "je pense que j'ai une angine." M3

"Ils ont une idée de ce qu'ils ont" M1

Les patients pouvaient avoir des hypothèses diagnostics, qui s'avéraient être le bon diagnostic.

"C'était un HIV positif. Elle est arrivée en disant "je suis sûre que j'ai ça" et effectivement c'était ça. Une dame qui était de la 60aine j'aurais jamais cru que ça lui arriverait à cet âge là" M7

“Le patient qui vient et qui dit “je pense que j’ai une sciatique docteur”, bon il a rarement tort.” M9

Les médecins pouvaient prendre l’avis des patients concernant leur santé.

"J’écoute son diagnostic, je le confronte à mon ressenti, et donc j’y répond." M2

"J’essaie toujours quand il parle pas "qu’est ce que vous en pensez vous?" Je le provoque un petit peu. Je lui pose la question si déjà il a pensé, lui, à quelque chose." M3

Le savoir médical accessible sur internet donnait des idées diagnostic au patient.

"Souvent eux, ils ont déjà soit regardé sur internet, soit ils se sont déjà bien fait un avis" M3

"Les gens regardent de plus en plus internet. Et quasiment ils arrivent avec une idée. Ils ont déjà fait un diagnostic." M4

Le médecin devait parfois se battre contre les idées du patient prises sur internet.

"T’essayes un peu quelque part de vouloir asseoir tes connaissances en disant “bah non arrêtez c’est pas google qu’aura raison aujourd’hui”." M3

Les patients avec l’accessibilité du savoir médical sur internet et le partage de l’information en consultation commençaient à tout négocier avec le médecin.

"Ils discutent tout. Ils donnent leur avis sur tout avec internet, on est habitué à donner son avis sur tout." M4

4.2.3. Le rôle des patients

Les patients étaient acteurs dans la démarche clinique du DP.

"Bah ils ne seraient pas là, on ne serait pas là. C’est quand même eux les principaux acteurs, ça me paraît logique." M2

Les patients devaient fournir des réponses claires et précises aux médecins.

"Alors déjà s’ils peuvent répondre aux questions correctement, ce serait déjà bien [...] La plupart, ils répondent toujours à côté. Vous leur demandez s’ils ont de la température ? Ils vous disent “oui depuis une semaine je suis fatigué”, depuis quand ils ont mal? “Depuis le mariage de mon beau-frère”..." M6

Les patients qui avaient déjà l'expérience des symptômes d'une maladie pouvaient être capable de la reconnaître et la nommer.

"Les gens qui ont déjà eu une colique néphrétique, ils sont capables quand ils ont une deuxième de dire ce qu'ils ont. Moi je mets rarement en doute ca quoi" M8

Les patients avec leur expérience pouvaient aider et apprendre des choses aux médecins.

"J'ai des patients qui m'aident beaucoup dans le diagnostic. Je suis plus là dedans que par rapport à la théorie qu'on nous a appris." M10

"Les gens s'ils se rappellent de quelque chose ils n'hésitent pas à me le dire, « bah non ce qu'on avait parlé c'est pas ça ». Ça me permet de modifier certaines choses" M4

Parfois les médecins pouvaient demander au patient le diagnostic qu'il pensait avoir pour faire avancer la réflexion du patient concernant ses symptômes.

"Pour les diagnostics qui sont difficiles à accepter: dépression, burn out, obésité, je lui dis "qu'est ce que vous pensez de votre poids?" Il ne savait pas trop quoi dire. Quand c'est quelque chose où il peut y avoir un déni, je vais leur demander ce qu'ils en pensent et je leur demande quel mot ils pensent mettre sur leur symptômes." M9

4.2.4 Les limites du patient

Les médecins mettaient en avant la réalité de l'inégalité du savoir médical.

"Ils ont pas la formation pour forcément comprendre tout ce qu'ils ont lu sur internet" M6

"Vous leur dites qu'ils ont un diabète ils ne voient pas la relation même des fois avec la glycémie quoi. Il y en a un qui me disait « je voudrai m'acheter un otoscope comme ça je pourrais voir si j'ai une otite » et je lui ai dit « mais écoutez, vous savez ce que c'est un tympan normal ? » « bah non»..." M4

Les médecins se considéraient comme sachant par rapport aux patients.

"Le médecin se pose en sachant. C'est lui qui sait." M5

Les médecins avançaient que les patients pouvaient se tromper sur leur idée diagnostique.

"Les patients n'ont pas toujours raison" M1

"«Je suis sûr: c'est une angine!» Et en fait c'était une rhino." M3

Tous les patients n'étaient pas capables d'émettre des avis, cela dépendait de leur catégorie socioprofessionnelle.

"Ils peuvent avoir un rôle pour ceux qui sont vraiment dans une démarche ou ceux qui sont un peu cortiqués. Le problème c'est que ce n'est pas l'ensemble des patients quoi." M6

4.3. Les modalités d'un diagnostic partagé selon le médecin

4.3.1. La communication : un outil indispensable pour la relation médecin-patient

Bien communiquer avec le patient était la base pour le partage du diagnostic.

"Il faut faire des questions plus ouvertes" M4

"Par exemple, un patient toujours en désaccord. Il faut qu'il dise "oui mais, oui mais, oui mais.." Bon. Au début ça m'énervait, maintenant que j'ai appris que c'est leur manière de communiquer, j'écoute et ça ne m'énerve plus. Donc je suis plus à l'écoute" M10

Le médecin devait être disponible pour établir une bonne communication.

"Ça dépend de beaucoup d'autres choses: de mon état émotionnel, si j'ai pas de temps du tout je serais moins disponible. Je crois pas que le problème soit la subjectivité du patient, je crois que le problème c'est ma disponibilité pour sa subjectivité." M5

"Ça dépend de nous, comment on est, ça dépend si c'est le début de journée, ou la fin de journée" M10

Il arrivait que le médecin en fonction de son état personnel puisse ne pas établir un bon dialogue avec le patient.

"C'est le patient qui veut un antibiotique, qui a une représentation extrêmement construite, fermée la dessus et qui euh... antipathique et exigeant d'un côté et moi de l'autre côté je suis dans un mauvais jour, où j'ai ma salle d'attente qui est pleine et puis j'ai envie que ça aille vite. A ce moment là plutôt que de chercher du consensus et bah je vais fermer." M5

Le médecin devait s'assurer de la bonne compréhension du patient.

"En lui expliquant ce que tu penses et tu vérifies en gros sa compréhension, son approbation. Ce qui me satisfait le plus c'est quand je sens que le patient il a compris" M3

"Qu'il comprenne sa maladie, qu'il comprenne pourquoi on lui fait les choses" M7

4.3.2. Une relation de confiance

La confiance était un prérequis pour pouvoir partager le diagnostic avec le patient.

"Moi ce que j'attends d'eux pour le diagnostic partagé c'est qu'on soit en confiance et s'ils viennent, ils me font confiance pour essayer d'établir le diagnostic." M1

L'écoute attentive des maux du patient était indispensable à une bonne relation de confiance avec le médecin.

"En médecine générale on est quand même à l'écoute de nos patients. On est même là pour ça..." M6

"Bah j'écoute. J'écoute et je m'adapte" M5

"Etre aussi dans la capacité d'écouter et de l'entendre, sa parole est légitime" M3

Établir une relation de confiance avec le patient était le résultat d'un travail consciencieux du médecin.

"J'aurais jamais imaginé que y avait cette grosse grosse part de travail sur la psychologie des gens à faire pour gagner leur confiance et pour pouvoir être crédible après quand on leur demande quelque chose." M7

Grâce à la relation de confiance via le DP, le médecin avait de meilleurs "résultats" en consultation.

"C'est une meilleure efficacité, une meilleure crédibilité... euh... c'est ce qui introduit le climat de confiance et sans la confiance des gens on n'arrive pas à de bons résultats." M7

Une relation de confiance avec le patient permettait un échange sans filtre de la part du patient.

"Établir une relation de confiance pour qu'ils se sentent à l'aise pour me dire tout ce qui leur passe par la tête" M1

Les médecins étaient attachés à un rapport authentique avec le patient.

"Si ils ont été obligé de reconsulter parce que t'es passé à côté, qu'ils soient dans la capacité et la confiance, de revenir et de dire "bah on a du aller aux urgences, vous pensiez ça et bah non finalement ça n'a pas été ça"" M3

4.3.3. Un échange d'information constructif entre le patient et le médecin

Le DP impliquait un échange et un partage d'information avec le patient.

"Ca implique un devoir d'information du plus important je pense vis à vis du patient" M7

"C'est déjà de donner suffisamment d'information sur des hypothèses de diagnostic pour que le patient adhère à éventuellement une hypothèse plutôt qu'à une autre" M8

Le médecin avait à cœur de transmettre son savoir au patient pour qu'il comprenne mieux sa pathologie.

"Moi ce qui me tient à cœur c'est d'avoir un transfert de compétence pour le patient. Le patient qui arrive avec sa sciatique pour la première fois, je vais lui faire un schéma, et lui expliquer le mécanisme de la sciatique" M9

Le médecin devait réaliser un bon interrogatoire du patient afin d'orienter au mieux le diagnostic.

"Écouter et puis poser des questions pour orienter quand même puisque, c'est le rôle d'expert entre guillemet d'orienter le patient" M2

"Le patient amène tous les éléments et toutes les réponses qu'il va apporter aux questions que je lui pose. Dans 80% des cas, on a le diagnostic avant l'examen clinique. Sur l'interrogatoire on a beaucoup de pistes." M9

Le médecin quant à lui, devait aussi répondre avec transparence aux questions du patient.

"Il y a souvent beaucoup de questions sur lesquelles on va répondre, on va informer" M2

"Je trouve qu'on doit cette sincérité, cette honnêteté aux gens, qui nous confie leur santé " M7

4.3.4. L'adaptation du médecin pendant la construction du DP

Les médecins soulignaient l'importance de respecter le rythme du patient pour ne pas le bousculer, en lui laissant le temps.

"Il faut se mettre à la portée, expliquer les choses et puis, avancer avec lui à son rythme" M7

"Dans cette situation où quelque part je garde le lead de la discussion même si le patient ne s'en rend pas compte, parce que par contre je suis très à l'écoute, et que je me contente de laisser parler. Moi je sais déjà où je vais aller." M5

C'était au médecin d'identifier les causes de blocages du patient pour avancer avec lui dans le diagnostic.

*“Souvent y a beaucoup de mécanismes qui va faire que le patient va pas faire les bonnes choses pour sa santé et moi je cherche les barrières et je les abats pour qu'après on puisse être sur la même longueur d'onde sur le côté purement médical et qu'on puisse avancer ensemble”*M9

Les médecins devaient mesurer l'information qu'ils partageaient au patient afin de ne pas l'inquiéter plus que de mesure.

"Après toute vérité n'est pas bonne à dire. Y a des profils psychologiques où des fois vaut mieux pas trop trop en dire.[...] Tout est dans la mesure." M7

"Je fais attention de choisir les mots pour ne pas qu'ils soient anxiogènes. [...] En parlant Français tout simplement, pas forcément médecin" M2

Le médecin avait un travail de décryptage du fonctionnement psycho affectif du patient pour le faire adhérer à la prise en charge.

"Essayer de comprendre le fonctionnement des gens au niveau intellectuel et leur niveau émotionnel, leur façon de réagir à certaines nouvelles pour pouvoir adapter, les amener par eux même à prendre la bonne décision. Essayer de faire en sorte que ce soit eux qui acceptent de faire l'examen et que ce soit pas nous qui leur imposions l'examen" M7

Le médecin devait adapter sa pratique médicale à chaque patient.

"On s'adapte à ses capacités de compréhension, à sa personnalité, à sa psychologie, on le prend dans son intégralité, dans sa globalité. Y a un peu de négociation là dessus, on accepte de s'adapter à la vie du patient" M2

"C'est tout l'art de la médecine c'est de mettre les deux en face. C'est ce que je disais toujours aux gens “moi j'ai la connaissance de la faculté, livresque, scientifique, vous, vous êtes le terrain”. Il faut adapter la théorie à la pratique" M7

4.3.5. Un terrain d'entente

L'objectif du DP était pour le médecin d'être en concordance avec son patient en trouvant un terrain d'entente.

"En fait, si tout vient du patient. Si moi je me suis contenté de reformuler ce qu'il a dit, que je me suis assuré qu'il n'y avait pas trop de malentendus entre sa représentation et ce que moi je dis. Si finalement j'en arrive juste à dire « ben ok, à partir de tout ça, moi je ne suis pas inquiet », la plupart du temps ça passe." M5

"C'est pas perdre son temps, pour moi ça fait partie des choses importantes de la consultation. Si j'ai son approbation, bah j'ai tout!" M10

Les médecins devaient parfois discuter de leur désaccord avec le patient.

"Il m'arrive de dire "bah je sais pas, vous, vous pensez ça, mais moi je sais pas, je suis pas sûre..." M3

"Quelque fois je défais le diagnostic qui s'est fait parce que ça correspond pas. Parce qu'ils sont partis d'un symptôme et qu'ils se sont engouffrés dans une maladie qu'ils ont pas." M4

"Si on n'est pas d'accord il y a une discussion sur le "pourquoi je suis pas d'accord". Parfois y a des cas où le patient est déçu parce qu'on va pas être d'accord même si on a entendu son hypothèse" M9

Le terrain d'entente était un "bon espace" pour explorer la concordance, ou la discordance sur l'interprétation et le sens du diagnostic.

"Finalement que leurs représentations correspondent à la mienne ou pas c'est pas très important. C'est justement un bon espace pour explorer la leur, pourquoi est ce que la mienne est concordante, discordante, complémentaire?" M5

"La clinique était concordante avec ce qu'elle me disait. Euh... On n'était pas d'accord sur l'issue." M1

4.4. La gestion de l'incertitude

4.4.1 Liée à la subjectivité du patient

Le patient était la source subjective d'information principale du médecin.

"C'est une question de précisions parce que pareil, quand vous avez des douleurs chroniques, c'est subjectif la douleur, donc elle va pas du tout être décrite de la même façon par les mêmes patients." M6

Les médecins rappelaient que l'unicité des patients ne devait pas être oubliée.

"Chaque personne est unique, chaque malade est unique." M4

"C'est le côté humain qui est intéressant en médecine" M2

Une même pathologie était vécue de manière différente par chaque patient.

"C'est difficile d'avoir une attitude toute tranchée quoi, chaque patient étant différent. On peut avoir des patients avec des mêmes pathologies qui appréhendent de façon totalement différente" M7

Les médecins soulevaient qu'il était important d'écouter les patients pour comprendre leur subjectivité quitte à les réorienter.

"Il faut toujours écouter les gens. Quand c'est complètement saugrenus bah on essaye de les mettre sur les rails mais quand ils lèvent un doute, quand on peut pas leur certifier que ils ont pas raison il faut quand même aller un minimum dans leur sens au moins au début, quitte à redresser la barre après une fois qu'on a pu éliminer de façon claire l'idée qu'ils avaient en tête" M7

4.4.2 Liée au manque d'objectivité du médecin

Le médecin pouvait avoir ses propres limites et ne pas tout savoir.

"Je détiens pas toute la science" M4

"Ca sera pas une énorme surprise si un moment je les revois plus tard, on s'était dit que ça pouvait être ça, on n'était pas sûr et c'est mieux accepté pour eux" M1

Les médecins rappelaient que la pratique de la médecine reposait sur une science inexacte.

"La médecine quand même c'est la science la plus inexacte au possible" M3

"Souvent en médecine générale on n'a pas toujours de certitude diagnostique, on est plus sur la gestion de l'incertitude" M8

En fonction de la perception des médecins concernant les symptômes du patient, le diagnostic pouvait changer.

"Parce que parfois avec les mêmes éléments on n'aboutit pas sur la même chose." M4

Le médecin pouvait parfois ne pas poser un diagnostic précis.

"En fonction de tout ça, du mix, on essaye de trouver avec le moins d'incertitude possible le bon diagnostic" M1

"La plupart du temps on va dire "on sait que c'est une virose", on n'a pas de diagnostic précis, et je dis "je suis pas inquiet" mais j'ai du mal à mettre un mot précis derrière." M9

En échangeant autour du diagnostic il était plus facile pour le médecin de gérer et partager son incertitude avec le patient.

"Si moi je suis très à l'aise avec le fait que, "ok je n'ai pas la réponse précise à ce que vous avez aujourd'hui, mais ça n'est pas inquiétant, et.. ça va disparaître en fait." M5

"Quand on est clair on peut expliquer qu'on n'est pas sûr pour l'instant du diagnostic et que donc il faudrait faire comme-ci et comme-ça pour y accéder." M2

La relation authentique et transparente avec le patient améliorerait pour le médecin et pour le patient, leur vécu de l'incertitude .

"Finalement ils comprennent un peu plus la démarche, que c'est pas une science exacte, en ce sens là pour nous le ressenti, enfin pour moi, il est mieux vécu" M1

4.5. Le raisonnement diagnostic

Le patient faisait parti de la démarche diagnostique

"A partir du moment où on les inclut dans le processus de participer à l'élaboration du diagnostic même si c'est pas eux qui établissent le diagnostic au final. Ils sont dans la démarche forcément." M1

Le travail pour réaliser le diagnostic faisait appel à une véritable expertise médicale de la part du médecin.

" Il y a un travail à faire pour reprendre ce diagnostic, vérifier qu'il soit le bon" M2

"Il y a quand même une forme d'expertise par le médecin." M2

Les compétences du médecin s'intégraient dans une démarche clinique biomédicale.

"Je pense à voix haute, donc j'exprime ma démarche..." M2

La démarche diagnostic demandait au médecin de faire une analyse objective du patient.

" J'ai toujours dit qu'on était très mauvais médecin pour soigner des gens de sa famille, pour ses proches. Parce qu'on n'est pas objectif" M7

Pour arriver jusqu'au diagnostic, le médecin avait construit son raisonnement dans une démarche logique biomédicale.

"Je trouve que souvent la première idée est pas si mauvaise et ça c'est satisfaisant de se dire qu'on a construit, on est allé au diagnostic par la voie logique et pas par le pur hasard" M7

Les médecins posaient leur diagnostic final après avoir réfléchi à tous les diagnostics différentiels possibles.

"On a plein de diagnostic différentiel possible... voilà on essaye de le faire en toute exhaustivité la plus large possible dans un souci de pas passer à côté du plus grave " M3

Les médecins ne voulaient pas orienter leur interrogatoire en fonction de leur idée diagnostic pour ne pas influencer le patient.

"je veux pas imposer d'emblée mon diagnostic et lui poser les questions qui confirment ce que moi je pense." M4

Les médecins rapportaient que la routine favorisée par les vieux patients pouvait biaiser le raisonnement diagnostic du médecin

"Les gens que je suis depuis plus longtemps, faut rester vigilant, parce que on peut être endormis dans la routine en passant à côté de certaines choses" M4

Le médecin ne devait pas se laisser influencer dans sa démarche diagnostic.

"Il faut qu'on reste maître de notre décision et de la démarche diagnostic" M6

Le médecin posait un diagnostic qui n'était pas figé dans le temps mais qui était à réévaluer dans le temps.

"C'est toujours des diagnostics très souvent qui sont réévaluables. Il y a le premier diagnostic et se dire bah "si ça va pas mieux vous revenez et on va l'affiner en fonction de ce que vous ressentez" et parfois ils reviennent." M1

"Je reste pas fermée dans mon idée." M4

4.6. Le diagnostic reste une prérogative du médecin

L'expertise médicale reposait sur un savoir et un savoir-faire médical.

"Ça reste plus du médecin, de l'infirmier, plus des différents niveaux... des professionnels de santé, mais pas tellement du patient" M2

"Je le conduis [l'interrogatoire] parce que j'ai une certaine habitude" M4

L'expérience médicale en matière de diagnostic se construisait au fil du temps, rien n'était acquis.

"Ça se construit. Et quand on sort de la fac, quand on fait ses premiers remplacements, c'est pas acquis, faut faire ses preuves un petit peu et c'est à force de discussion, d'adaptation des connaissances au cas particulier qu'on arrive à de meilleurs résultats." M7

Avec le temps, l'expérience du médecin lui permettait d'être plus à l'aise dans sa pratique de la médecine.

"Je pense qu'on peut avec le temps et l'expérience comprendre à poser les bonnes questions, à pas se noyer, on peut cibler les choses, pas forcément au détriment du temps" M8

Les médecins devaient hiérarchiser et recadrer les motifs de consultations afin d'éviter la dispersion.

"Des fois on a des gens d'un certain âge qui arrivent, et ils commencent, ils ont une liste. "Qu'est-ce qui vous amène? -Bah alors, je vais commencer à vous redire, en 45...". Ils remontent à l'exode et là on se dit, en dix minutes ça ne va pas être possible quoi! Donc ça c'est bien, mais il faut aussi cadrer les gens. Il faut que ça tienne en une consulte." M6

"Y a des patients qui partent dans tous les sens, il faut réorienter le discours du patient." M9

Le médecin avait l'avantage de pouvoir être objectif sur les symptômes rapportés par le patient.

"Faut pas se laisser envahir par l'émotionnel tout le temps. Je veux dire ça peut aussi polluer." M7

Le médecin après discussion avec le patient posait le diagnostic seul en lui expliquant son raisonnement.

"Après je lui demande pas son avis pour le diagnostic, non. S'il a des idées, je vais reprendre ce qu'il avait. Non... C'est souvent moi qui pose le diagnostic quand même" M10

Même si le médecin imposait son idée diagnostique il était important qu'il ait l'adhésion du patient.

"C'est une bonne prise en charge quelle qu'elle soit mais que y ai l'adhésion du patient... parce qu'on lui impose plus ou moins nos choix au patient" M7

Les médecins pensaient qu'il fallait que les patients restent à leur place.

"Le diagnostic partagé c'est bien mais si le patient ne..., reste à sa place" M6

4.7. Bénéfices et inconvénients du DP du point de vue du médecin

4.7.1. Pour le patient

Le DP permettait d'adopter une approche globale bio, psycho, sociale et contextualisée du patient.

"On s'adapte à ses capacités de compréhension forcément, à sa personnalité, à sa psychologie, on le prend dans son intégralité dans sa globalité " M2

"Le rôle du médecin généraliste c'est vraiment d'avoir accès à la globalité du patient et de pas être borné à un organe, une spécialité " M4

L'approche centrée patient permettait de soigner de manière optimale le patient et de faciliter le travail du médecin.

"Si y a pas cette approche globale je vois pas comment on peut soigner un diabétique si on sait pas comment il mange, ses habitudes culinaires, sa culture tout court, son rapport au poids, son rapport à l'activité physique, son rapport au diabète... Sinon c'est moi qui doit faire tout le boulot, et si lui il en fait une partie ça sera plus efficace, car moi je le vois tous les 3 mois c'est tout, lui il est avec lui tous les jours. À partir du moment où il a compris les règles alimentaires c'est plus facile" M9

Le DP avait pour objectif de proposer une prise en charge adaptée à chaque patient.

"Lui il va m'exprimer des craintes, il va m'exprimer des refus par rapport à certaines choses donc je vais aussi m'adapter à ça" M2

Le DP favorisait une meilleure acceptation du diagnostic par le patient via la démarche participative.

"Mais quand ils prennent conscience que, quand ils partagent le diagnostic de la dépression, ils sont prêts à être pris en charge, à être aidés, à en parler... Quand ils se sentent concernés ils participent beaucoup plus, ça n'a rien à voir" M4

Le DP impliquait un engagement du patient sur sa santé et le rendait acteur.

"Il a un rôle à jouer dans la mesure où il s'exprime. Il participe... par l'expression au diagnostic" M4

L'explication au patient de son diagnostic était déjà comme une première thérapeutique.

"On a peur de ce qu'on ne connaît pas et souvent les gens, rien que quand on leur a fait un dessin, qu'ils comprennent ce qu'ils ont, même si à la fin de la consulte je ne leur donne pas de médicaments, le fait d'avoir compris ce qu'ils ont, déjà ils sont contents, ils repartent ça va mieux." M6

Une véritable alliance thérapeutique s'instaurait grâce au DP en permettant une meilleure observance et adhérence du traitement par le patient.

"Du coup comme il a compris, il va faire son traitement bien comme il faut" M3

"C'est pour la prise en charge après, pour que le patient soit adhérent au traitement" M4

Via l'explication de sa pathologie, le patient était plus à même de comprendre l'intérêt de la prise en charge proposée par le médecin.

"Si il comprend l'intérêt des choses il fera d'autant mieux ce qu'on lui demande. Je crois que si on impose aux gens il va y avoir une grande partie d'échec, ou d'examen pas fait." M7

"C'est important qu'ils comprennent leur maladie, on a de bien meilleur résultat comme ça. C'est comme un diabétique qu'à 10 d'hémoglobine glyquée, je l'engueule pas, j'essaye de savoir pourquoi." M9

4.7.2. Pour le médecin

Le médecin était souvent satisfait de partager le diagnostic avec le patient.

"Juste de soigner les gens, ça me suffit." M6

Le médecin appréciait aussi de constater une prise de conscience du patient concernant sa maladie.

"Plus que le diagnostic lui-même quand on arrive à lui faire prendre conscience qu'il a ça, ça j'adore!" M9

Certains médecins trouvaient qu'en partageant le diagnostic cela facilitait et améliorait l'efficacité du diagnostic.

"Si on les écoute pas ça complique beaucoup notre partie du travail au niveau du diagnostic. Ça permet quand même de faire des diagnostics plus rapidement." M1

"Plus je les laisse parler, plus on avance. " M9

Le médecin était satisfait à moyen terme du DP en constatant l'observance thérapeutique.

"Je vais ressentir une satisfaction si l'enfant je le revois 2-3 mois après et que je vois que y a eu une bonne observance du traitement" M3

En échangeant avec le patient autour du diagnostic le médecin pouvait apprendre du patient et de son expertise.

"J'ai une patiente qui a un fils qui a une maladie rare, dont je ne me souviens même plus le nom d'ailleurs. Elle connaît mieux la maladie que moi, même si je suis allé lire un peu des trucs dessus. Elle est venue une fois en me disant j'ai vu que les principales complications ça pouvait être une amylose rénale, donc j'ai prescrit le bilan pour chercher l'amylose rénale." M9

En partageant le diagnostic avec le patient et en donnant plus de place au patient, le médecin pouvait se protéger en responsabilisant le patient.

"Je pense que c'est une très bonne chose hein, au début les médecins n'étaient pas très contents de ça... Et puis en plus ça protège les médecins parce que.. Ça responsabilise le patient" M2

4.7.3 Limites du DP

Le DP ne convenait pas à tous les profils de patients.

"Y a des patients qui sont plus à l'aise avec un modèle paternaliste, je parlais des patients noirs africains [...]. En fait ils ont presque une vision magique du médecin, ils attendent à ce que on sache et qu'on puisse et puis qu'on fasse et qu'en faisant des examens etc ...et la souvent cette position non paternaliste elle-même entraîne des conflits " M5

Quand le médecin devait rattraper son retard en consultation, prendre le temps de partager le diagnostic n'était pas envisageable.

"Parfois on est en retard, on va trop vite. On se dit "ok c'est bon il a une rhino", on ne passe pas 10 ans. On a 40 minutes de retard, "faut que je me dépêche", clairement là on n'est pas dans le diagnostic partagé." M1

Les médecins organisaient leur consultation pour pallier le manque de temps et rester dans un souci d'efficacité.

"Parfois on n'a pas toujours le temps ni l'ouverture. On se limite" M4

Les médecins soulignaient que le manque de temps en consultation pouvait être un frein pour établir une bonne communication.

"Faudrait avoir plus de temps pour faire une médecine un peu moins d'abattage et de communication, ça prend du temps. Quand y a 40 RDV voilà quoi... Toutes les consultations n'ont pas besoin de 30 minutes d'explications dieu merci mais y a des cas lourds quand même."

M7

Le médecin était moins disponible pour le patient à cause des tâches administratives souvent chronophages.

*"Des fois on hésite, "ah mais oui dans les règles il faut déjà faire ci avant de faire ça..." pfff... c'est un peu compliqué, ça prend du temps, y a trop de tâche chronophage dans le travail de médecin généraliste c'est ça qui rend moins disponible quoi."*M7

Les médecins remarquaient que parfois les accords étaient impossibles à trouver avec certains patients.

"J'essaie de leur expliquer pourquoi je pose ce diagnostic... Et puis s'ils ne sont toujours pas d'accord... Bah j'abandonne hein, tant pis." M10

Le patient pouvait avoir une influence sur le médecin et être responsable d'erreurs.

"Je me dis "oui il a peut être raison" mais j'essaie de pas trop me laisser complètement influencer. Mais quelque part inconsciemment ça joue. " M3

4.7.4. Risques de conflit du pouvoir diagnostic

Le médecin avant avait une autorité devant le patient.

"Avant le médecin avait une certaine autorité. Si on disait que y avait ça et qu'il fallait prendre tel type de médicament, il le faisait" M4

Les médecins constataient qu'aujourd'hui avec le partage d'information lors du diagnostic il fallait argumenter et négocier.

*"Maintenant, il faut plus argumenter, faut discuter, faut expliquer beaucoup beaucoup plus."*M6

Les patients pouvaient parfois prendre le rôle du médecin.

"Eux ils ont fait le rôle du médecin, ils ont fait le diagnostic. Ils trouvent presque anormal que ce soit pas eux qui puissent rédiger l'ordonnance. Ils arrivent en demandant une IRM ou quelque chose d'emblée" M4

Les médecins étaient perplexes face à l'assurance affichée par les patients dans leur demande en consultation.

"Parce que vous savez parfois c'est difficile quand les gens arrivent et qu'ils ont déjà fait le diagnostic et qu'ils vous tendent la liste de médicament faut se retenir de ... Rire" M4

Les médecins avaient l'impression d'être "envahi" par la demande de consommation de soins des patients.

"La tendance naturelle c'est qu'on est déjà complètement envahi par la demande des patients en tout... "je veux un scanner pour ça, une IRM pour ça...et puis ça j'ai vu ça correspond à 10 jours d'arrêt... et puis ci... et puis ça...il me faut 15 séances de kiné..." ça des fois c'est un peu lourd." M6

Les patients pouvaient consulter leur médecin uniquement dans le but d'avoir une ordonnance pour un médicament précis.

"Ils arrivent avec des choses toutes faites. Ils nous demandent des fois des ordonnances avec des médicaments puisqu'ils leur restent plus que ça" M4

Les médecins posaient leurs limites et décidaient parfois de ne pas partager le diagnostic lorsque le patient devenait trop demandeur.

"Un "no go" c'est une limite claire, au-delà de ça je ne vais pas... donc... je ne négocie pas au-delà de ça. Et si je sais d'avance que le patient il voulait que j'aille beaucoup plus loin, ça va me permettre moi, de me positionner et de faire à ce moment la un NON diagnostic partagé"
M5

Devant le rôle actif croissant des patients, les médecins avaient l'impression d'être dépréciés dans leur travail.

"Faire attention que le patient ne prenne pas trop d'importance, parce que on est déjà à une époque où les gens viennent en nous disant "voilà j'ai ça j'aimerais telle prise de sang tel examen, il faut m'arrêter tant de temps, il faut..." on a l'impression a des moments qu'on est juste là pour faire un travail de rédaction des ordonnances." M6

5. Synthèse du regard médecin du le DP

Le sujet du DP a **questionné** certains médecins, quand d'autres se sont reconnus tout de suite dans cette pratique. Plusieurs médecins ont fait l'**amalgame avec la DMP**. La plupart se représentait la notion du DP par un **travail coopératif** entre le médecin et le patient.

Le but du DP selon les médecins, était de favoriser une **médecine adaptée à chaque patient** via un **échange** et un **partage d'information** avec le patient. Le médecin avait le souci d'être en **concordance** avec le patient en trouvant un **terrain commun** sur le diagnostic.

Une **relation de confiance** était essentielle pour que les patients expriment "sans filtres" leurs maux. Cela facilitait le travail du médecin en consultation.

Cet échange **authentique** permettait au médecin de **décrypter le fonctionnement psycho-affectif du patient** via une écoute attentive des plaintes du patient et de veiller ainsi à respecter son rythme sans le bousculer.

Le rôle du patient était d'être **acteur de la démarche clinique**, en apportant des **réponses claires et précises**, et en faisant part de ses **expériences vécues**.

Les médecins avaient besoin de prendre en compte les **représentations du patient** pour orienter leur manière de penser le diagnostic. **Internet** était une **source de vulgarisation médicale** que les patients utilisaient mais qui pouvait être mal interprétée.

Une bonne **communication** était indispensable pour le partage du diagnostic. Le médecin devait être **disponible** pour communiquer et établir un **dialogue** avec le patient. Il s'assurait de la **compréhension** du patient et répondait à ses questions.

Les médecins n'oubliaient pas que **le discours du patient était subjectif** et qu'une même pathologie était vécue de manière différente par chaque patient. Pourtant la **démarche diagnostic** demandait au médecin de faire une **analyse objective** du patient. L'**expertise médicale** reposait sur un savoir et un **savoir-faire** médical. Le **médecin posait le plus souvent le diagnostic seul** après avoir expliqué le **raisonnement logique biomédical** au patient.

Le DP favorisait une meilleure **acceptation du diagnostic** et une **responsabilisation** du patient via la **démarche participative**. Une véritable **alliance thérapeutique** s'instaurait grâce au DP en permettant une meilleure **observance** et **adhérence** du traitement par le patient.

Les médecins avaient aussi à partager leurs **incertitudes diagnostiques** avec le patient. Ils pouvaient être amenés à **douter** face à l'inquiétude des patients concernant leur symptômes.

Les médecins trouvaient que le **diagnostic** de la pathologie n'était **pas systématique**. Le terme de "**diagnostic de situation**" a été utilisé par un médecin pour décrire le contexte

biopsychosocial du patient. Finalement le patient avait davantage besoin d'être **écouté et rassuré**, plutôt qu'un besoin de diagnostic.

Par son savoir expérientiel et avec ses connaissances médicales propres, le patient présentait parfois **ses hypothèses diagnostiques** en consultation, spontanément ou à la demande du médecin. Le DP était alors un **bon moyen de discuter des désaccords** entre le médecin et le patient afin d'éviter toute incompréhension et conflit.

Parfois **les médecins reconnaissent apprendre de l'expérience des patients**, surtout pour les pathologies chroniques ou rares. Mais les **médecins mettaient en avant l'inégalité de savoir** qui était un fait.

Certains médecins signalaient avoir été **perplexes** devant l'assurance de certains patients au **profil patient-décideur**. Ils se sentaient envahis par une demande de **consommation de soins**. L'apport diagnostique du patient était parfois **mal ressenti** par le médecin qui se sentait **mis en cause dans sa fonction de poser un diagnostic**.

Les **tâches administratives** des médecins **empiétaient sur le temps passé avec le patient** et altéraient leur disponibilité.

Le DP n'était pas applicable à tous les **patients**, et dépendait de leur **milieu socio-culturel, du type de pathologie** ("urgences", "maladie psychiatrique") et de leur **âge**. Certains n'étaient pas en mesure de comprendre l'information délivrée par le médecin, ou d'émettre un avis sur le diagnostic.

Discussion

1. Intérêt de l'étude

L'intérêt de ce travail de thèse est d'aborder la construction du diagnostic avec le patient, qui n'a fait que très peu l'objet de recherche. Le patient prend cependant de plus en plus une part active dans sa santé comme en témoignent les nombreuses publications concernant la décision médicale partagée, ou l'approche centrée patient.

2. Discussion de la méthode

2.1. Validité interne

Au vu des objectifs de l'étude, la méthode qualitative semblait la plus adaptée. Elle permettait d'évaluer l'ensemble des opinions côté patient et médecins sur le diagnostic partagé en médecine générale.

Le recrutement réalisé a visé une variation maximale d'âge, d'années d'exercices pour les médecins, de fréquence de consultation pour les patients. Une équité homme/femme a été respectée.

Le guide d'entretien a fait l'objet de modifications tout au long des premiers entretiens en tenant compte de l'avis du directeur de thèse. Le protocole a été validé par le comité d'éthique du CUMG de la faculté de Lyon.

La triangulation des données a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

La discussion de la méthode a été réalisée avec la grille COREQ COnsolidated criteria for REporting Qualitative permettant d'assurer une validité méthodologique à l'étude. (Annexe 9)

La retranscription des entretiens n'a finalement pas été renvoyée aux participants pour éviter un phénomène d'autocensure qui aurait pu diminuer la validité de l'étude.

2.1.1. Forces de l'étude

La subjectivité des investigatrices était réduite car chacune réalisait les entretiens médecins et patients, chacune faisait la retranscription des entretiens réalisés par l'autre investigatrice afin de s'imprégner de chaque entretien. Cela a permis de réduire les biais de formulation.

La triangulation des données s'est faite entre les deux investigatrices et les questions ou désaccords lors de l'analyse étaient discutés ensuite avec le directeur de thèse.

Afin d'améliorer les compétences de chaque investigatrice lors des entretiens, un travail réflexif de critique et d'autocritique a été réalisé à l'écoute et lecture des entretiens. Ce travail a permis aux investigatrices d'améliorer leur communication et d'adopter une écoute active via les techniques de questions ouvertes, de respect du temps de parole et de silence des interviewés. Les questions des biais et des inconvénients liés au partage du diagnostic avaient été très peu abordées lors des entretiens patients et médecins. Pour les derniers entretiens, les investigatrices sur les conseils du directeur de thèse ont orienté leurs questions pour étayer la saturation des données.

Du fait de l'anonymisation des données, les rapports d'entretiens des interviewés étaient authentiques.

2.1.2. Limites de l'étude

La saturation des données est critiquable du fait du faible nombre d'entretiens réalisés.

Lors de la sélection des participants, les investigatrices avaient exclu les patients présentant des troubles cognitifs. En pratique, les investigatrices ont fait le choix de recruter les patients via les conseils de leur entourage (MSU, remplacés, bouche à oreille). Il aurait nécessité de rentrer en contact avec les médecins généralistes des participants pour avoir accès au dossier médical du patient, en demandant au préalable l'autorisation aux participants.

Aucun patient n'a été exclu a posteriori.

Un biais de recrutement patient existait puisqu'il ne s'est pas fait de manière randomisée mais par le bouche à oreille de connaissance des investigatrices. Du fait du recrutement non aléatoire presque tous les patients avaient un haut niveau d'étude, participant au biais de sélection.

Malgré une tentative de variation d'échantillonnage maximal, les médecins généralistes exerçaient pour 7/10 en milieu urbain, pouvant favoriser un biais de confusion dû au biais de territoire.

Du fait de l'ignorance première des participants du sujet de travail, les investigatrices devaient parfois, au début de l'entretien, donner une brève explication en s'appuyant sur le modèle d'approche centré patient et de la décision médicale partagée. Dans certaines réponses de participants médecins ou patients, certains termes utilisés avaient été employés par les investigatrices. Le code était parfois apporté par l'investigatrice et repris par l'interviewé, favorisant un biais de complaisance. Celui-ci est aussi retrouvé par le simple fait que les patients acceptent de participer aux entretiens.

Les deux investigatrices étaient “novices” dans la recherche qualitative. Leur faible expérience lors des entretiens se retrouvait à travers, notamment l’utilisation de questions fermées. Il leur est également arrivé, lors des premiers entretiens, de suggérer à minima les réponses aux interviewés. Ce qui crée un biais de désirabilité.

Lors du codage les investigatrices du fait de leur posture de médecin ont eu tendance à coder du point de vue du médecin. A plusieurs reprises il a été nécessaire que les investigatrices prennent du recul sur le codage et l’analyse des entretiens afin de garder un esprit critique, grâce à des discussions en binôme mais aussi avec le directeur de thèse.

3. Discussion des résultats

3.1. Complexité de la démarche diagnostique

Dans notre étude, nous avons retrouvé que les médecins avaient du mal à définir précisément leur façon de procéder au diagnostic en dehors de l'anamnèse avec le patient, qui confie des clefs au médecin. Ce dernier les traduit, et utilise l'examen clinique pour confronter ses premières intuitions comme le présente M1, M2, M6, M8, M10.

Le raisonnement thérapeutique dans la démarche de l'EBM prend en compte 3 composantes : les données actuelles de la science, l'état clinique du patient et les préférences du patient.²⁰ C'est aussi ce que les patients attendent des médecins²¹.

Le processus diagnostique est complexe. Il a été étudié dans les années 1970²². Établir un diagnostic nécessite différentes étapes qui sont le résultat d'une association de compétences "de pensée intuitive et analytique"²¹ du médecin. Le médecin doit les comprendre pour avoir un regard critique sur sa pratique médicale, améliorer ses compétences, et impliquer les patients et leur famille dans ce processus. Le médecin a un rôle de guide du patient à travers ce processus pour établir un diagnostic précis. "*Quand c'est complètement saugrenu bah on essaye de les mettre sur les rails*" M7.

Pour cheminer dans ce raisonnement, le médecin devait extraire des informations utiles via l'implication du patient, l'écoute attentive, le choix de questions ciblées, l'examen consciencieux du patient.

La méthode par ancrage et ajustement permettait au début de poser une probabilité "ancree" puis de l'ajuster au fur et à mesure des informations recueillies.

²⁰ Rémy Boussageon. *Le raisonnement thérapeutique dans la démarche EBM*. Exercer 2020

²¹A. Moreau, L. Carol, M.C. Dedianne, C. Dupraz, C. Perdrix, X. Lainé, G. Souweine. *Quelles perceptions les patients ont-ils du processus décisionnel (decision making DM) ? Towards an integrative model of Shared Decision Making*. Patient Education and Counseling, Vol 87, May 2012, Pages 206-211

²² John E. Brush Jr. *Sharing the Process of Diagnostic Decision Making*. July 31, 2017.

La manière dont les informations sont délivrées par le patient oriente le médecin dans ses questions et ses pistes de recherches²³. Cet échange entre le professionnel et le patient est un incontournable pour obtenir des informations utiles.

La formulation des questions par le médecin est importante, chaque réponse du patient entraînant une prise de décision médicale. La question initiale doit être générale pour laisser la place au patient d'exprimer son vécu et ses plaintes et éviter ainsi une présomption fautive si l'entretien se termine trop rapidement⁶.

“On essaye d'être précis. Quand ça tombe à côté, ben on reformule” M6.

*“Voilà arriver à poser de **bonnes** questions, des questions ouvertes pour que ... le patient arrive un petit peu mieux à cerner ... ses symptômes.”* P4.

La démarche diagnostique fait intervenir la subjectivité du patient et du médecin dans l'interprétation des données associée à une démarche objective sémiologique avec un examen clinique côté médecin. “Les médecins sont confrontés à un double défi : appliquer la science quantitative au diagnostic d'un patient individuel et partager avec le patient un sentiment d'incertitude qui fait partie du processus de diagnostic”²¹. *“C'est subjectif la douleur, donc elle va pas du tout être décrite de la même façon par les mêmes patients.”* M6. *“Le médecin peut se laisser influencer par le discours du patient”* P3.

Canguilhem dira c'est le “pathos qui conditionne le logos”, autrement dit c'est l'expérience de la maladie qui suscite la connaissance. La démarche diagnostique comprend une partie d'interprétation du contexte biopsychosocial du patient par le praticien. Ce travail d'interprétation est dépendant de la compréhension des plaintes du patient par le médecin. Il est ainsi influencé par la connaissance du médecin de son patient et de son expérience. *“Les patients que je suis depuis moins longtemps, je suis plus ouverte. [...] Les gens que je suis depuis plus longtemps, [...] on s'enferme dans la routine parfois donc faut faire attention”* M4. En fonction de l'expérience du médecin, le raisonnement était plus ou moins rapide et précis²¹. Les connaissances expérientielles du médecin étaient utiles pour fournir des hypothèses diagnostiques.

D'autre part, les patients ont l'impression que les médecins plus jeunes sont davantage à l'écoute. *“C'est peut-être la nouvelle génération...?!... Qui est plus... à l'écoute”* P5.

²³ Kirsti Malterud, Susanne Reventlow & Ann Dorrit Guassora. *Diagnostic knowing in general practice : interpretative action and reflexivity*, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (2019). 37:4, 393-401.

⁶ Masquelet, Alain-Charles. *Le raisonnement diagnostique*, 17-43. *Que sais-je ?* Presses Universitaires de France, 2006.

Il existe plusieurs démarches, entre autres, le modèle analytique de type biomédical (modèle hypothético déductif, du symptôme à l'examen clinique) où la façon dont certains médecins de cette étude (M1, M2, M6, M8, M10) ont décrit leur démarche diagnostique. Le modèle cognitif ou intuitif, basé sur l'expérience (M6, M7, M8). Enfin la démarche heuristique qui prend en compte la globalité du patient. Chaque médecin peut passer d'une démarche diagnostique à une autre de façon consciente ou non, en fonction des situations. « *A partir du moment où on les inclut dans le processus de participer à l'élaboration du diagnostic même si c'est pas eux qui établissent le diagnostic au final. Ils sont dans la démarche forcément.* » M1, M8, M4 et M5 citent également d'autres exemples.

Une majorité des participants de l'étude, patients (P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10) comme tous les médecins se retrouvent sur le fait que le patient fait partie de la démarche diagnostique, mais la synthèse diagnostique appartient au médecin. "*Par contre c'est le médecin qui pose le diagnostic c'est pas le patient*" P9. La décision thérapeutique, en revanche, peut revenir au patient s'il le souhaite. Le patient en se sentant écouté et pris en considération, fait confiance au médecin dans son expertise biomédicale. C'est le médecin qui propose la synthèse diagnostique.

Lors des entretiens réalisés pour ce travail de recherche, les médecins ont parlé de "*diagnostics de situation*" M1, M5²⁴. Il pouvait exister plusieurs types de résultats de consultation. "*J'ai besoin d'une contraception - je suis à risque de grossesse. C'est un diagnostic en soi.*" M5. Le diagnostic purement médical n'est finalement pas une nécessité de la consultation pour le patient. Ce dernier avait surtout besoin d'être rassuré via l'explication médicale du résultat de consultation. L'incertitude du diagnostic pouvait être bien vécue par le patient via le partage de l'information (M1, M2, M5, M9).

L'ensemble des participants patients et médecins reconnaissent qu'une consultation ne débouche pas forcément sur un diagnostic. Le diagnostic qui est « *l'identification d'une maladie chez un patient d'après l'étude des symptômes et des signes, les résultats de divers examens* » n'est donc pas obligatoire. Moins de 20%²⁵ des consultations aboutissent à un diagnostic. La société française de médecine générale catégorise dans les années 90 ces "non-diagnostic" en

²⁴ Fiche n° 10 , Diagnostic de situation, SFMG,

²⁵ Sfm.org. *Le dictionnaire des résultats de consultation*

résultats de consultation²⁴. Par exemple, l'appendicite sera un diagnostic et les douleurs abdominales seront un résultat de consultation. Ces deux entités se placent dans une équivalence nosologique. Il en existe 279, classés dans un dictionnaire, chacun ayant une correspondance avec la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

3.2 DP dans le cadre d'une démarche d'ACP

L'état de malade peut rendre le patient dans un état de vulnérabilité, comme l'ont mentionné P2, P3, P5. Il n'y a pas que les symptômes qui comptent mais la manière dont le patient les vit *"Quand je lui racontais pour mes crises d'angoisse j'avais l'impression que je l'embêtais (le médecin) avec mes problèmes"* P10. C'est l'apport du vécu, des sensations et des ressentis du patient qu'il est important de prendre en compte pour le médecin généraliste. C'est l'intérêt de reconnaître le VRAI²⁶ du patient (Vécu, Représentation, Attente, ce qui est Important pour lui), c'est-à-dire de prendre en compte sa perspective : *"Réussir à mettre des mots sur ce que je ressens, la sévérité, le ressenti vraiment quoi. Et la gêne aussi !"* P6.

Le soin s'est réorganisé autour du patient: l'approche centrée sur le patient est appliquée et enseignée en France. Cela permet au patient d'avoir un rôle majeur concernant les informations qu'il délivre au médecin. Elles sont une source réelle de savoir pour le médecin. Elles doivent être précises et claires afin d'aider le médecin dans son raisonnement diagnostic.

Le modèle de Stewart²⁵ met le patient au centre du soin en prenant en compte 4 composantes.

- Explorer la maladie et le ressenti du patient
- Comprendre la personne dans sa globalité
- Trouver un terrain commun
- Développer une relation thérapeutique médecin-patient délibérative pour construire une alliance thérapeutique

"Le mieux c'est d'abord d'écouter les symptômes, savoir comment on se sent, que ensuite le médecin puisse faire son travail de diagnostic et que c'est plus pendant la phase d'explication où là on peut potentiellement rajouter des choses, se questionner, voir si effectivement ça correspond" P1.

²⁶ Moreau Alain, Julie Gilles de La Londe, Emilie Ferrat, Sophie Vallot, Vincent Renard, *L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale*. Exercer. 2019.

“Ce qu’il apporte c’est son vécu déjà. Parce que nous on a la théorie, eux ils ont la pratique.” M7.

L’expertise du patient est dans son expérience vécue de ses symptômes. Les patients qui avaient déjà l’expérience des symptômes d’une maladie pouvaient être capable de la reconnaître et la nommer. C’est ce qu’on appelle le savoir expérientiel du patient. “Le patient qui vient et qui dit “je pense que j’ai une sciatique docteur”, bon il a rarement tort.” M9.

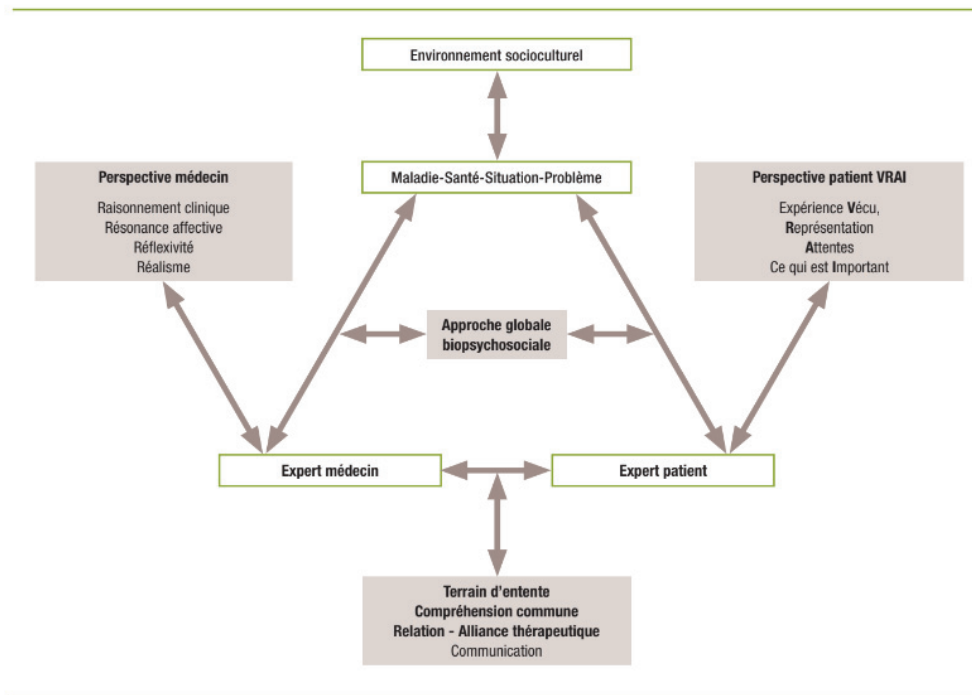


Figure 2 : L'approche centrée patient²⁶

Les plaintes du patient sont non spécifiques. La qualité de la relation médecin patient et de l’écoute accordée au récit par le médecin est prédictive de ce que le patient va dévoiler. Le rôle du médecin est de faire délivrer au patient les informations pertinentes qui aideront à faire avancer la démarche diagnostique. “bah ce qu’il apporte c’est son vécu déjà. Parce que nous on a la théorie, eux ils ont la pratique.” M7.

Balint lui, développe le rôle central de l’écoute active du patient. Cela participe à une relation de confiance pour réassurer le patient et favoriser sa guérison. “J’ai confiance en Docteur X parce qu’il est beaucoup à l’écoute, et il explique lors de l’auscultation” P10. La relation thérapeutique médecin patient agit comme un médicament. “Sans la confiance des gens on n’arrive pas à de bons résultats.” M7.

L'approche de Calgary Cambridge de l'entretien médical met en perspective l'ACP dans l'apprentissage du raisonnement clinique²⁷.



Figure 2 - Démarche Calgary-Cambridge
 Source : Traduit et adapté de Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. *Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides.* *Academic Medicine* 2003;78:802-9.
 Millette B, Lussier MT, Goudreau J. *Pédagogie Médicale* 2004;5: 110-26.
 Richard C, Lussier MT, Kurtz S. *Une présentation et adaptation de l'approche Calgary-Cambridge in Richard C et Lussier MT (2016). La communication professionnelle en santé (2^e ed.). Édition du renouveau pédagogique (ERPI Groupe Pearson), Montréal, 828 pages.*

Figure 3 : Démarche Calgary Cambridge

Les résultats de cette étude décrivent la relation médecin patient comme fondamentale pour la communication bilatérale et le partage des informations : P1, P2, P4, P5, P7, P9, P10 et l'ensemble des médecins.

Cette relation a été étudiée notamment à travers l'évolution de la médecine, et ce surtout depuis les années 1950. Dans la réflexion sur le soin centré sur le patient, le modèle de Cathy Charles est devenu une référence en matière de décision médicale partagée.

²⁷ Suzanne Kurtz 1, Jonathan Silverman, John Benson, Juliet Draper, « Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides ».

Ce modèle met en relation le contexte clinique établi par le médecin et les attentes du patient (ses préférences, le rapport bénéfice risque, la faisabilité) pour aboutir via le dialogue à un plan de diagnostic collaboratif¹⁸.

Le sujet de cette thèse, qui est le diagnostic partagé, a plusieurs fois été confondu avec la décision médicale partagée dans les entretiens médecins. "*Moi ce qui me vient c'est décision partagée [...] C'est la loi du 4 mars 2002 principalement, c'est ça?*" M2 mais aussi M6. Il s'agit d'un amalgame qui a déjà été retrouvé dans un état des lieux de l'HAS⁹. Or on parle bien d'une collaboration entre le patient et le médecin.

Des médecins et des patients ont aussi décrit des relations plus paternalistes avec certains patients, en fonction de leur ethnie ou de leur croyance. "*J'ai consulté un médecin un peu... vieux tradi qui m'avait dit « Alala fumer c'est très mal »*" P2. "*Il y a 30 ans quand je remplaçais, un vieux médecin m'avait dit: « tu sais toujours, tu n'ouvres jamais le Vidal devant les gens, tu sais toujours, tu as toujours une solution »*" M6.

Les patients plus âgés ont également tendance à se tourner parfois vers ce type de relation paternaliste (P5,P7).

Expliquer les choses au patient permet de réduire le recours inapproprié aux soins, et le mésusage en facilitant l'observance. Le partage d'information est un gain d'efficience pour le médecin.⁹

Le DP permet aussi de diminuer l'erreur diagnostique, fréquente, due dans 49%²⁸ des cas à une anamnèse incorrecte et à une mauvaise dynamique de consultation.

3.3. Participation du patient comme acteur

En partageant le diagnostic avec le patient, le médecin lui laisse une place et un poids décisionnel. Le DP s'inscrit dans une co-construction et donc dans un partage de savoir entre

¹⁸ Berger, Zachary D. « Patient centred diagnosis : sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice ». 2017 November 01, BJM, s. d.

⁹ HAS, *Patients et professionnels de santé : décider ensemble*. Etat des lieux HAS octobre 2013

²⁸Brami J, Amalberti R *La sécurité du patient en médecine générale*, Springer, 2009.

le médecin et le patient. *“Un diagnostic partagé ce serait que l’information circule entre l’expertise du médecin et le patient...”* P6. Cette pensée est partagée par P4.

“Souvent ils (les patients) viennent avec un diagnostic mais ... En tout cas, il y a un travail à faire pour reprendre ce diagnostic, vérifier qu’il soit le bon.” M2. Certains patients, experts de leur maladie peuvent arriver en consultation avec leur diagnostic.

La question de la “place” de chacun dans la consultation est soulevée (M1, M5, M6, M10). Cette idée ressort également d’une réflexion d’un entretien patient dans l’étude.

*“L’inconvénient, c’est qu’il ne faudrait peut-être pas... leur donner trop de confiance (aux patients) pour qu’ils se disent à l’avenir “Bon Ben c’est facile, le médecin m’a posé telle question, je me les pose, je pense avoir tels symptômes donc...” Qu’ils arrêtent d’aller consulter un médecin en se fiant à leur propre diagnostic”*P4.

Patients et médecins évoquent même le risque que la responsabilité du patient importe davantage, au dépend de celle du médecin. La *“déresponsabilisation du médecin”* est également soulevée dans un article de René Amalberti²⁹. M2 trouve également que la décision médicale partagée, valorisée par la Loi Kouchner *“protège les médecins parce que.. Ça responsabilise le patient”*.

On pourrait penser que le médecin n’est pas toujours à l’aise de laisser une place au patient dans l’élaboration du diagnostic : *“Y a toujours un type de patient qui va arriver et qui va dire “je pense que j’ai ça!” Ceux-là inconsciemment t’as envie de dire “on va voir si c’est ça!”* M3. On pourrait aussi imaginer la crainte des médecins d’être dépossédé de leur pouvoir médical. Ces enjeux de pouvoir où, d’une part le médecin protège son pouvoir et d’autre part le patient prend le pouvoir, pourrait être à l’origine d’une confusion des rôles médecin et patient (M1, P4).

En 2008, Robinson³⁰ développe le concept de patient consommateur de soin, existant depuis les années 1960. Il fait suite au principe de bienfaisance du modèle paternaliste. Ce modèle de gestion consumériste implique un patient qui a besoin d’être informé *“pour assumer ses responsabilités”*. Cette information passe par le médecin mais aussi par les nouvelles sources d’informations multiples avec les médias et internet par exemple.

²⁹ René Amalberti. *Intérêt et limites des modèles de décision médicale Éléments d’histoire et situation actuelle*. Laennec 2014.

³⁰ Moreau A., Ferrat E., Perdrix C., Aubin-Auger I. (2021), *“L’approche centrée patient : histoire d’un concept (revue narrative de littérature)”*. *Exercer*, 176, pp. 368-374

Certains patients, consuméristes, avaient des exigences d'examens complémentaires, ou de traitements qui ne convenaient pas au médecin. Cette attitude a pu être observée lors de l'entretien P6. C'est aussi mentionné comme une crainte des médecins, par exemple M5 avec la demande d'antibiotiques, M6, M7, M10 avec les examens complémentaires.

Il y avait un risque de conflit face à l'empowerment³¹ du patient. Un travail de collaboration et de dialogue permettait d'éviter les conflits de pouvoir et trouver un terrain commun dans le cadre de l'ACP.

“”Bonjour docteur je pense que j'ai une angine”. Je valorise car j'apprécie que les patients se sentent suffisamment à l'aise dans cet espace pour apporter leur représentation. Finalement que leur représentation correspondent à la mienne ou pas c'est pas très important. et c'est justement un bon espace pour explorer la leur, pourquoi est ce que la mienne est concordante, discordante, complémentaire...” M5.

Seulement si on appréhende la consultation sur la démarche de la décision médicale partagée, qui prend en compte les perspectives et les attentes du patient, celle-ci peut alors intégrer les patients consuméristes et le modèle paternaliste²¹.

L'explosion des connaissances accessibles au patient par internet réduit l'asymétrie d'information. L'empowerment du patient améliore sa participation aux décisions dans le soin. Le patient est acteur dans le soin. C'est au médecin de valoriser ce rôle actif du patient. Nous l'avons retrouvé dans plusieurs entretiens médecins M3, M5, M6, M10. Cela passe par le principe du respect du patient en tant que personne. Le médecin doit s'efforcer d'établir une atmosphère propice à l'échange, pour que le patient sente que ses opinions sont nécessaires et valorisées.

Une meilleure participation du patient dans son parcours de soin permet d'améliorer l'adhérence au diagnostic et de fait l'observance au traitement.

3.4. : La gestion du temps en médecine générale: un frein comme un atout au DP

Médecins et patients trouvent qu'il est important de prendre le temps de récolter l'information car tout le monde ne dispose pas du même bagage intellectuel, aggravé souvent par l'émotion d'une mauvaise nouvelle ou la peur.

³¹ Martha M. Funnell, « Patient empowerment: What does it really mean? »

²¹ Moreau, *Quelles perceptions les patients ont-ils du processus décisionnel.*

La consultation de médecine générale s’inscrit dans un temps limité par le praticien, 16.4³² minutes en moyenne en France. Ce dernier devient un véritable gestionnaire du temps. Écouter le patient demande au médecin de prendre du temps. Ils interrompent leurs patients en moyenne après 23 secondes d’expression initiale des symptômes afin de les orienter vers des réponses précises.³³

“On devient complètement déconnecté de la société, même si on est probablement un bon médecin du point de vue traitement, mais en termes d’écoute ça va pas du tout...” P2

Dans une étude, les auteurs rapportent que 23% des patients²⁹ ont été invités par leur médecin à exposer la totalité de leurs symptômes. Les autres étaient interrompus par le médecin (pour gagner du temps, ou par la reformulation). L’information est alors perdue. Certains médecins considèrent qu’ils passent trop de temps en écoute inutile de leur patient. Ils surestiment le temps d’écoute du patient à 9 minutes sur 20 minutes de consultation alors qu’en réalité le temps de parole du patient est aux alentours de 1 minute. Certaines études ne montrent pas d’allongement du temps de la consultation quand on utilise la DMP⁹. On pourrait extrapoler cette hypothèse au DP.

Le temps peut cependant être un atout dans le travail du médecin. Il permet de reconvoquer le patient pour avancer dans le diagnostic à l’aide d’examens complémentaires, ou simplement évaluer l’évolution des symptômes à distance. *“J’ai l’impression de connaître mes patients. C’est beaucoup plus agréable sur un temps t, sur un temps t+1, t+2 ... parce que ça vient alimenter notre relation”*. M5.

Le médecin peut aussi décider de prioriser les motifs de consultation quand ceux-ci sont trop nombreux et inviter le patient à re-consulter ultérieurement pour les motifs moins urgents.

3.5 Les limites du DP : les biais

³²<https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale>

³³ Marvel MK, Epstein RM, Flowers K *et al.* “Solliciting the patient’s agenda : have we improved ?”, *JAMA*, 1999 ; 281-3

²⁹ René Amalberti, *Intérêts et limites des modèles de la décision médicale*

⁹ HAS, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble*, 2013

Le DP pouvait ne pas convenir à tous les profils de patients. Certains patients n'étaient pas en mesure de comprendre l'information délivrée par le médecin ou d'émettre un avis sur le diagnostic, ce qu'on appelle la littératie en santé. Le modèle de Collins ou de Morgan³⁰ prend en compte cela. C'est-à-dire la capacité et la motivation du patient à accéder, comprendre et utiliser l'information acquise pour prendre des décisions.

Certains patients, notamment les plus âgés, ne souhaitaient pas s'engager dans le processus du partage d'information.

Certaines situations cliniques rapportées par les médecins de l'étude, n'étaient pas propices au partage du diagnostic, notamment lors de certaines viroses, mais aussi dépendamment de la disponibilité du médecin (M1, M5, M8, M10).

Lors du partage du diagnostic, les médecins constataient que les patients pouvaient devenir "trop" demandeurs. C'était alors au médecin de poser lui-même sa limite face au patient. C'est le risque du consumérisme.

Pour les médecins, parfois les patients n'étaient pas précis dans leur réponse malgré le DP. Le discours du patient pouvait être approximatif, égarer le médecin et être source d'erreur.

Des biais cognitifs, propres à la subjectivité du médecin ou du patient pouvaient entraîner des erreurs médicales. Dans une étude³⁴ il a été identifié 34 biais dont les plus fréquents influencent la décision médicale, que ce soit pour le diagnostic, le traitement, ou le pronostic du patient. Le biais de diagnostic prématuré "*Et il m'a dit que j'avais une sciatique. Sans examen, sans rien!*" P5. Le biais de disponibilité, le biais d'ancrage, les biais d'omission et de commission (biais correspondant respectivement à une tendance à l'inaction, et une tendance à l'action), les biais implicites (dont le biais implicite racial) "*c'est une patiente qui est dans une culture... Qui a aussi des représentations par rapport à la place de la femme et de la sexualité*" M5. On retrouve aussi le framing effect, qui correspond à l'influence d'un individu en fonction de la manière dont le problème lui est présenté, le biais de confirmation et le biais de recherche de satisfaction.

Ces biais, s'ils peuvent être identifiés par le médecin pendant la consultation, peuvent être sécurisés par la communication avec le patient, en lui expliquant les tenants et les aboutissants. M10 rapportait que ce sont les formations continues en communication qui ont changées sa

³⁰ Moreau A., Ferrat E., Perdrix C., Aubin-Auger I. (2021), "*L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature)*". *Exercer*, 176, pp. 368-374

³⁴ Camille Humbert, *Scoping review sur les biais cognitifs dans la prise de décision médicale*, Thèse d'exercice en médecine. 2019.

pratique et diminuent les conflits lors de ses entretiens : *“il y en a qui sont toujours en désaccords. Mais ça j’ai appris que c’était un mode de communication [...] au début ça m’énervait, maintenant que j’ai appris que c’est leur manière de communiquer, j’écoute et ça ne m’énervé plus”*.

La compréhension du patient concernant son état de santé lui permet de mieux comprendre l’intérêt des examens et des thérapeutiques proposées par le médecin. Le patient devient plus observant. Cela améliore la qualité et la sécurité des soins par la réduction des effets indésirables liée à l’inobservance.

3.6. Regard synthétique sur ce travail de recherche

L’objectif initial de ce travail de recherche était d’explorer en quoi, et comment le patient était acteur de sa santé en consultation de médecine générale en partageant le diagnostic avec son médecin.

Cette thèse a pour objectif de proposer des pistes de réflexion autour du diagnostic en médecine générale.

Il a été retrouvé dans la plupart des entretiens que le diagnostic biomédical strict en lui-même n’était pas indispensable. Ce qui importait, pour la plupart des médecins et des patients, c’était de partager des connaissances et des informations entre le patient et le médecin dans une relation d’écoute et d’échange. Cela a permis de mettre en avant l’importance d’informer le patient afin qu’il comprenne ce qu’il lui arrive.

Le patient souhaitait davantage comprendre le raisonnement du médecin dans sa prise en charge, car l’inconnu ne le rassurait pas. Partager l’information autour du diagnostic avec le patient pouvait améliorer le vécu de l’incertitude diagnostic et rassurer le patient. C’est en partie pour cela que ce travail de thèse a très vite été relié à la DMP et l’ACP.

Lors de ce travail de recherche, les patients et les médecins ont rapporté que l’écoute était l’élément indispensable au partage du diagnostic. L’écoute du patient permet de redonner de l’importance à la plainte et donc au symptôme du patient.

Cela permet aussi de gagner sa confiance. Le DP est un travail coopératif et délibératif.

Conclusion

Depuis plusieurs décennies, la médecine générale requiert davantage un partenariat avec le patient. Elle place le patient au centre de la décision médicale pour qu'il soit un acteur de sa santé, qu'il comprenne les informations et qu'il adhère à la prise en charge. Beaucoup de publications ont développé la démarche de Décision Médicale Partagée (DMP), par contre peu de travaux se sont intéressés à la première étape de la DMP c'est-à-dire le partage du diagnostic. Historiquement, le diagnostic appartenait au médecin. Aujourd'hui, il n'est pas rare que le patient expose son ressenti sur ses symptômes et avance des hypothèses diagnostiques.

L'objectif de ce travail était de recueillir les perceptions et d'avoir un regard croisé des patients et médecins généralistes sur l'élaboration et la co construction du diagnostic en médecine générale.

Pour répondre à cette problématique, une étude qualitative phénoménologique analytique par entretiens individuels semi-dirigés a été entreprise par deux investigatrices pour permettre une triangulation des données. Tous les entretiens ont été analysés par les deux investigatrices, séparément, selon la méthode sémio-pragmatique de Peirce. Un échantillonnage raisonné en variation maximale a été recherché comprenant 10 médecins et 10 patients.

En ce qui concerne les résultats, la question du diagnostic partagé a surpris les patients et certains médecins. Les regards croisés patient et médecin sur le DP convergeaient sur la perception d'un échange entre l'expertise du médecin basée sur son savoir médical, et l'expertise du patient basée sur son expérience vécue. Une relation de confiance médecin-patient était nécessaire pour les deux parties. L'écoute active et la disponibilité du médecin étaient demandées par le patient et considérées par le médecin. Ce dernier émettait cependant la remarque qu'en pratique ce n'était pas toujours applicable, en fonction de situation comme le manque de temps, la surcharge de travail, et l'état émotionnel du médecin. Les médecins et les patients étaient d'accord sur le fait que le diagnostic en lui-même n'était pas systématique, contrairement au dialogue médecin-patient. Pour les médecins l'évaluation globale biopsychosociale du patient était plus importante que le diagnostic de pathologie en soi. Selon les patients et les médecins, la construction d'un diagnostic entre le médecin et le patient permettait de trouver un terrain commun où pouvait confluer leurs idées respectives. Les médecins ont souligné cependant que le DP pouvait faire émerger des conflits, notamment lorsque les patients présentaient des idées fausses aux yeux du médecin. Le dialogue pouvait

être ciblé sur les désaccords et quelques fois aucun terrain d'entente n'était trouvé. Les patients et les médecins décrivaient internet comme principale source d'information des patients. Ces derniers savaient qu'il existait des biais d'informations, mais y voyaient un moyen complémentaire de confronter les informations du médecin. Ceux-ci y voyaient plus d'inconvénients et certains craignaient de se confronter à une demande inadaptée de soin.

Dans la discussion, notre travail soulignait que le DP devait s'intégrer dans le raisonnement clinique. Il faisait partie de la démarche de la DMP. La démarche clinique de l'ACP semblait adaptée au partage du diagnostic avec le patient: développer une relation d'écoute active favorisant la confiance, comprendre la perspective du patient et son expérience vécue, avoir une vision globale biopsychosociale, et trouver un terrain commun pour permettre une DMP. La place du patient dans la consultation se confrontait parfois à celle du médecin. Ce dernier pouvait craindre l'empowerment du patient. Le DP était un travail coopératif et délibératif entre le patient et le médecin. Cette délibération permettait d'améliorer des biais inhérents au raisonnement clinique et à la personne humaine.

L'ACP dans le raisonnement clinique enseigné aux étudiants en médecine permet de pratiquer le DP.

Références bibliographiques

1. Corvez, Pol. *Étymologie du Lexique Biomédical et de la Santé*. Ellipses., 2011.
2. Pierre Godeau et Daniel Couturier (au nom d'un groupe de travail). *Le Diagnostic En Médecine : Histoire, Mise En Œuvre Présente, Perspectives* – Académie Nationale de Médecine. 20 juin 2006.
3. Française, Académie. *Dictionnaire de l'Académie française*. <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1839>.
4. Bonah, Christian, et Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé (France), éd. *Médecine, santé et sciences humaines: manuel*. Médecine & Sciences humaines 17. Paris : Les Belles Lettres, 2011.
5. Boucand, Marie-Hélène. L'élaboration du diagnostic. In *Une approche éthique des maladies rares génétiques*, 123-36. Espace éthique - Poche. Toulouse: Érès, 2018.
6. Masquelet, Alain-Charles. *Le raisonnement diagnostique*, 17-43. *Que sais-je ?* Presses Universitaires de France, 2006.
7. Bourgeois, Marie-France. *Le diagnostic*. *Cahiers de Gestalt-thérapie* 19, n° 2 (2006): 63-88.
8. Huys, Viviane. *Le rôle de l'anamnèse dans la co-construction du diagnostic*. *Espaces Linguistiques*, n° 2 (1 juillet 2021).
9. HAS, Etat des lieux. « *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée*. », 2013.
10. Marie-Claude Audétat, Caroline Béïque, Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche. *Difficultés de raisonnement clinique*, Guide du raisonnement clinique. Université de Montréal.

11. Nendaz, Mathieu, Bernard Charlin, Vicki Leblanc, et Georges Bordage. *Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement*. *Pédagogie Médicale* 6, n° 4 (novembre 2005): 235-54.
12. HAS, *Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé*, Fiche méthodologique, Mars 2018
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
14. HAS, *Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Mise au point. 2015
15. Moreau Alain, Nadir Kellou, Irène Supper, Marion Lamort-Bouché, Corinne Perdrix, et al.. *L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2*. Exercer, 2013
16. C. Charles, A. Gafni, et T. Whelan, *Shared Decision-Making in the Medical Encounter*. *Social Science & Medicine*. Mars 1997
17. Charles C, Gafni A, Whelan T. *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. *Soc Sci Med* 1982. sept 1999
18. Berger, Zachary D. « Patient centred diagnosis : sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice ». *2017 November 01*, *BJM*, s. d.
19. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel *La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé*. *Exercer* 2013;105:4-11.
20. Rémy Boussageon. *Le raisonnement thérapeutique dans la démarche EBM*. *Exercer* 2020 ; 167:406-16

21. A. Moreau, L. Carol, M.C. Dedienne, C. Dupraz, C. Perdrix, X. Lainé, G. Souweine. *Quelles perceptions les patients ont-ils du processus décisionnel (decision making DM) ? Towards an integrative model of Shared Decision Making. Patient Education and Counseling*, Vol 87, May 2012, Pages 206-211.
22. John E. Brush Jr. *Sharing the Process of Diagnostic Decision Making*. July 31, 2017.
23. Kirsti Malterud, Susanne Reventlow & Ann Dorrit Guassora. *Diagnostic knowing in general practice : interpretative action and reflexivity, Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (2019). 37:4, 393-401.
24. Fiche n° 10, Diagnostic de situation, SFMG,
https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/813/fichier_fich10_diagnostic_de_situation
25. Sfm.org. *Le dictionnaire des résultats de consultation*
https://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/1400/fichier_drcf2084.pdf
26. Moreau Alain, Julie Gilles de La Londe, Emilie Ferrat, Sophie Vallot, Vincent Renard, *L'approche centrée patient (ACP) : à propos d'une situation clinique en médecine générale*. Exercer. 2019.
27. Suzanne Kurtz 1, Jonathan Silverman, John Benson, Juliet Draper, « Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides ». *Academic Medicine*, Aout 2003.
28. Brami J, Amalberti R *La sécurité du patient en médecine générale*, Springer, 2009.
29. René Amalberti. *Intérêt et limites des modèles de décision médicale Éléments d'histoire et situation actuelle*. Laennec 2014.
30. Moreau A., Ferrat E., Perdrix C., Aubin-Auger I. (2021), "L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature)". *Exercer*, 176, pp. 368-374

31. Martha M. Funnell, « *Patient empowerment: What does it really mean?* » Patient Education and Counseling, 2016
32. Prévention-médicale.org. *Durée de consultation en médecine générale*, <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale>
33. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K *et al.* “*Solliciting the patient’s agenda : have we improved ?*”, *JAMA*, 1999 ; 281-3
34. Camille Humbert, *Scoping review sur les biais cognitifs dans la prise de décision médicale*, Thèse d’exercice en médecine. 2019.

Annexes

1. Note d'information

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Etude qualitative du diagnostic partagé en médecine générale, par le biais d'entretiens semi-dirigés des patients d'une part et des médecins d'autre part, analysant à partir d'expériences vécues ses avantages et ses inconvénients.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude qualitative de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation **aux entretiens semi-dirigés**, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE : Etablir un état des lieux du diagnostic, co-construit entre le médecin et le patient, en relevant les avantages et inconvénients du patient et du médecin (identifier ensemble, avec le patient et le médecin, une maladie, un état, d'après vos symptômes).

BÉNÉFICES ATTENDUS (bénéfices attendus ou potentiels...) : **Ouvrir la réflexion concernant l'élaboration du diagnostic en médecine générale, dans le but de favoriser l'approche centrée sur le patient. Analyse de l'importance de l'entretien patient-médecin et de son impact lors de la consultation en médecine générale.**

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE (détailler la durée de l'étude, la durée pour chaque participant, le nombre de visites, les lieux) :

- **Entretien individuel anonymisé avec un patient ou un médecin, semi-dirigé via un guide d'entretien standardisé, en présentiel ou en visioconférence (en cas de cas de restriction sanitaire liée à la COVID 19).**
- **Un entretien par participant de 30 à 45 minutes maximum.**
- **Lieux d'entretiens : salle individuelle au sein du cabinet de médecine générale.**
- **Début de l'étude : projection juin 2022 jusqu'à la réalisation d'une douzaine d'entretiens de patients, et d'une douzaine d'entretiens de médecins, environs.**

RISQUES POTENTIELS (effets indésirables possibles ?) : **Evoquer des expériences pénibles du patient ou du médecin.** Il n'y aura pas d'exposition à un médicament ou un placebo, pas d'exposition corporelle, pas d'examen clinique réalisé.

FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 12/07/2022 .

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comporte aucun résultat individuel.

Il n'y aura **pas de traitement informatisé des données.** Le recueil des verbatims des entretiens feront l'objet d'une anonymisation : vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude les Internes en Médecine Générale, Mesdames EYRAUD Noémie et GUILLOU Pauline **aux adresses électroniques respectives noemie.eyraud@etu.univ-lyon1.fr et pauline.guillou@etu.univ-lyon1.fr .**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

2. Formulaire de consentement

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

<p style="text-align: center;">FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE</p>

Je soussigné.e accepte de participer à **L'Etude qualitative du diagnostic partagé en médecine générale, par le biais d'entretiens semi-dirigés des patients d'une part et des médecins d'autre part, analysant à partir d'expériences vécues ses avantages et ses inconvénients.**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par **Madame EYRAUD Noémie ou Mme GUILLOU Pauline, Internes en Médecine Générale de la Faculté de Médecine de LYON.**

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

Du fait de la méthodologie de l'étude qualitative, il n'y aura pas de traitement automatisé des données nominatives du patient.

Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès des Internes en Médecine, Mesdames **EYRAUD Noémie** et **GUILLOU Pauline** aux adresses électroniques respectives noemie.eyraud@etu.univ-lyon1.fr et pauline.guillou@etu.univ-lyon1.fr.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

3. Questionnaire socio-démographique

Fiche information anonymisée des interviewés **Patients** :

- Age :
- Sexe :
- Profession :
- Lieu de l'interview (ville / département) :
- Combien de fois par an en moyenne vous consultez un médecin généraliste ?

.....

- Souffrez-vous d'une pathologie chronique ?

.....

Fiche information anonymisée des interviewés **Médecins** :

- Age :
- Sexe :
- Années d'exercice (depuis la fin de l'internat, environs) :
.....
- Type d'activité (rurale/semi rurale/ville) :
- Ville et département du lieu d'exercice :
- Spécialité d'exercice (pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs, gynécologie, etc...) :

.....

4. Canevas d'entretien initial

Les études qualitatives s'appliquent à étudier les perceptions, comportements et motivations de personnes choisies en échantillon diversifié. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, il n'y a donc pas de notion de représentativité, mais on cherche à aller en profondeur et à comprendre les attitudes et les sentiments.

1 question bris de glace, puis 4-5 questions ouvertes puis fermées, puis à la fin une question synthèse.

But de l'étude : étudier les expériences vécues, les points de vue, positifs ou négatifs, du patient et du médecin concernant une problématique commune : le diagnostic partagé.

Par quel moyen : mettre en lumière des avantages et des inconvénients au diagnostic partagé vécus au cours de situations cliniques réelles.

Partir d'une expérience vécue par le médecin / patient qui marque que ce soit en positif ou négatif.

1. Question ouverte bris glace : Que pensez-vous du diagnostic partagé entre les patients et les médecins ?
2. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu positivement. (Pour chaque situation aborder le "quoi": quelle situation clinique? le "comment" ça s'est passé? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et "pourquoi" ça a été positif ?
3. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu négativement. (Pour chaque situation aborder le "quoi" : quelle situation clinique ? le "comment" ça s'est passé ? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et "pourquoi" ça a été négatif ?

Les problématiques à repreciser côté patient en fonction / à la suite des récits de situations vécues :

Quel rôle voulez-vous jouer dans le partage du diagnostic ?

Comment le médecin vous a-t-il impliqué dans le partage du diagnostic ?

Comment vous êtes-vous senti lors de ce partage ?

Qu'est-ce que vous pensez de votre influence sur le diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment remettez-vous parfois en question le diagnostic de votre médecin ?

Les problématiques à repreciser côté médecin en fonction / à la suite des récits :

Comment élaborez-vous votre démarche diagnostic ? qu'est ce qui est important ?

Quel rôle doit jouer le patient dans l'élaboration diagnostic ? Comment vous l'impliquez ?

Comment appréhendez-vous la subjectivité du patient au cabinet par rapport à l'objectivité d'une démarche biomédicale lors de l'élaboration du diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment présentez-vous votre diagnostic à la fin de la consultation ?

Le diagnostic co-construit avec le patient influe-t-il sur l'incertitude diagnostic ?

Problématiques communes et synthèses :

Pour vous, qu'est-ce qui vous satisfait dans l'élaboration du diagnostic ?

Y a-t-il un intérêt à élaborer un diagnostic partagé ?

Que faut-il améliorer dans la communication médecin patient pour aboutir à un bon diagnostic ?

Qu'est-ce que vous pouvez imaginer comme avantage (*pour ceux qui sont contre*) ou inconvénient (*pour ceux qui sont pour*) au diagnostic partagé ?

5. Canevas d'entretien modifié

1. *Question ouverte bris glace* : **Qu'est ce que pour vous le diagnostic partagé?**
2. Que pensez-vous du diagnostic partagé entre les patients et les médecins ?
3. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu positivement. (Pour chaque situation aborder le "quoi": quelle situation clinique? le "comment" ça s'est passé? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et "pourquoi" ça a été positif ?
4. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu négativement. (Pour chaque situation aborder le "quoi" : quelle situation clinique ? le "comment" ça s'est passé ? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et "pourquoi" ça a été négatif ?

Les problématiques à repreciser côté patient en fonction / à la suite des récits de situations vécues :

Quel rôle voulez-vous jouer dans le partage du diagnostic ?

Comment le médecin vous a-t-il impliqué dans le partage du diagnostic ?

Comment vous êtes-vous senti lors de ce partage ?

Qu'est-ce que vous pensez de votre influence sur le diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment remettez-vous parfois en question le diagnostic de votre médecin ?

Les problématiques à repreciser côté médecin en fonction / à la suite des récits :

Comment élaborez-vous votre démarche diagnostic ? qu'est ce qui est important ?

Quel rôle doit jouer le patient dans l'élaboration diagnostic ? Comment vous l'impliquez ?

Comment appréhendez-vous la subjectivité du patient au cabinet par rapport à l'objectivité d'une démarche biomédicale lors de l'élaboration du diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment présentez-vous votre diagnostic à la fin de la consultation ?

Le diagnostic co-construit avec le patient influe-t-il sur l'incertitude diagnostic ? intérêt de cette question?

Problématiques communes et synthèses :

Pour vous, qu'est-ce qui vous satisfait dans l'élaboration du diagnostic ?

Y a-t-il un intérêt à élaborer un diagnostic partagé ?

Que faut-il améliorer dans la communication médecin patient pour aboutir à un diagnostic partagé **qui vous conviennent ?**

Qu'est-ce que vous pouvez imaginer comme avantage (*pour ceux qui sont contre*) ou inconvénient (*pour ceux qui sont pour*) au diagnostic partagé ?

A votre avis est - ce pertinent d'interroger le patient au début de la consultation en lui demandant quel diagnostic il pense avoir?

5. Canevas d'entretien dernière version

Petit préambule explicatif :

“Bonjour, dans le cadre de mon diplôme de docteur en médecine je travaille sur la notion du diagnostic partagé entre le médecin et le patient dans le cadre de la consultation de médecine générale. Sur l'idée que le diagnostic est une co-construction entre le patient et le médecin. Aujourd'hui avec les questions que je vais vous poser nous cherchons à avoir votre ressenti sur le sujet, vos expériences vécues négatives ou positives. Je ne souhaite pas vous en dire plus sur le sujet pour ne pas influencer vos réponses.”

1. Question ouverte bris glace : **Qu'est ce que pour vous le diagnostic partagé entre le patient et le médecin ?**

=> **Qu'est-ce que vous en pensez ?** (si pas évident, préciser = Que pensez-vous du diagnostic partagé entre les patients et les médecins ?)

2. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu positivement. (Pour chaque situation aborder le “quoi” : quelle situation clinique? le “comment” ça s'est passé? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et “pourquoi” ça a été positif ?
3. Pouvez-vous me parler d'une situation concrète de diagnostic partagé que vous avez vécu négativement. (Pour chaque situation aborder le “quoi” : quelle situation clinique ? le “comment” ça s'est passé ? (La communication, les résultats cliniques, la satisfaction...) et “pourquoi” ça a été négatif ?
4. **Comment est-ce qu'on peut faire un diagnostic partagé selon vous ? comment ça peut s'organiser? -> dérouler les sous questions côté patient et médecin en fonction de la réponse**
5. **Avez-vous d'autres remarques ?**

Les problématiques à préciser côté patient en fonction / à la suite des récits de situations vécues :

Quel rôle voulez-vous jouer dans le partage du diagnostic ?

Comment le médecin vous a-t-il impliqué dans le partage du diagnostic ?

Comment vous êtes-vous senti lors de ce partage ?

Qu'est-ce que vous pensez de votre influence sur le diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment remettez-vous parfois en question le diagnostic de votre médecin ?

Les problématiques à préciser côté médecin en fonction / à la suite des récits :

Comment élaborez-vous votre démarche diagnostic ? qu'est ce qui est important ?

Quel rôle doit jouer le patient dans l'élaboration diagnostic ? Comment vous l'impliquez ?

Comment appréhendez-vous la subjectivité du patient au cabinet par rapport à l'objectivité d'une démarche biomédicale lors de l'élaboration du diagnostic ?

Pensez-vous que la consultation doit toujours déboucher sur un diagnostic ? Pourquoi oui ou non ?

Comment présentez-vous votre diagnostic à la fin de la consultation ?

Le diagnostic co-construit avec le patient influe-t-il sur l'incertitude diagnostic ?

A quel moment faites vous votre diagnostic en consultation?

Problématiques communes et synthèses :

Pour vous, qu'est-ce qui vous satisfait dans l'élaboration du diagnostic ?

Pourquoi il y a intérêt à élaborer un diagnostic partagé ?

Que faut-il améliorer dans la communication médecin patient pour aboutir à un diagnostic **qui vous convient ?**
COMMENT ?

A votre avis est - ce pertinent d'interroger le patient au début de la consultation en lui demandant quel diagnostic il pense avoir?

A votre avis, est-ce pertinent de proposer son idée du diagnostic (en tant que patient) avant que le médecin évoque son diagnostic ?

Qu'est-ce que vous pouvez imaginer comme avantage (*pour ceux qui sont contre*) ou inconvénient (*pour ceux qui sont pour*) au diagnostic partagé ?

Propositions émises à la suite de discussions avec le Directeur de thèse :

- . **DEMANDER AUX MÉDECINS PLUS ÂGÉS S'ILS ONT CHANGÉ LEUR PRATIQUES** sur le diagnostic avec le patient. Si oui, comment ? et qu'est-ce que ça a changé ?
- . **Qu'est-ce qui fait que le patient ou le médecin peut avoir un raisonnement biaisé ou trompeur sur un diagnostic ?**

6. Analyse sémio pragmatique, méthode de Peirce

Priméité Catégorie des sentiments Émotions	Secondéité Catégorie des faits d'expérience Action-réaction	Tiercéité Catégorie de la loi, principes Habitus
« je me suis sentie exclue » « le patient et la famille sont satisfaits »	« la famille est bien présente » « ils aménagent la chambre comme chez eux » « je suis sortie... je ne savais plus quoi faire »	Appropriation de l'espace public pour le transformer en espace privé. « il s'organisent sans rien nous demander comme s'ils étaient chez eux, du coup on les laisse faire comme ils le veulent »

8. Accord du comité d'éthique

TR: Avis comité d'éthique du 12/07/2022

Expéditeur : EYRAUD NOEMIE p1200390 (noemie.eyraud@etu.univ-lyon1.fr)

À : noemie.f.eyraud@gmail.com; pauline.guillou@yahoo.com

Date : jeudi 4 août 2022 à 14:48 UTC+2

De : dmg.cumg

Envoyé : mardi 19 juillet 2022 14:46

À : EYRAUD NOEMIE p1200390

Objet : Avis comité d'éthique du 12/07/2022

Madame EYRAUD Noémie,

Le comité d'éthique du CUMG, qui s'est tenu le 12 juillet 2022, a donné un avis favorable, après modifications, à votre projet de recherche intitulé « **Diagnostic partagé en médecine générale, représentations des avantages et inconvénients de la part des patients et des médecins. (Etude qualitative par entretien semi dirigés).** »

Voici le n° IRB : **2022-07-12-05**

Vous pouvez dès à présent commencer vos travaux de recherche.

Sincères salutations,

Humbert de Fréminville et Élise Benedini

Cordialement,

Nathalie GRAS

Assistante administrative

**Collège universitaire de médecine générale (CUMG)
Université Claude-Bernard Lyon 1**

8 avenue Rockefeller – 69373 LYON Cedex 08

Bâtiment Rockefeller – 2^e étage – Escalier D

☎ 04 78 77 72 86

@ dmg.cumg@univ-lyon1.fr

9. Grille COREQ

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

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

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

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

Annexe 10 : Comparaison des modèles article de cathy charles

Table 1
Models of treatment decision making^a

Analytical stages	Models	Paternalistic (in between approaches)	Shared (in between approaches)	Informed
Information exchange	Flow	One way (largely)	Two way	One way (largely)
	Direction	Physician → patient	Physician ↔ patient	Physician → patient
	Type	Medical	Medical and personal	Medical
	Amount ^b	Minimum legally required	All relevant for decision-making	All relevant for decision-making
Deliberation		Physician alone or with other physicians	Physician and patient (plus potential others)	Patient (plus potential others)
Deciding on treatment to implement		Physicians	Physician and patient	Patient

^a Illustration for an encounter focusing on the case of a (treating) physician–patient dyad. For more complex cases see text.

^b Minimum required.

Annexe 11 : Conclusions signées



Nom, prénom du candidat : GUILLOU Pauline

CONCLUSIONS

Depuis plusieurs décennies, la médecine générale requiert davantage un partenariat avec le patient. Elle place le patient au centre de la décision médicale pour qu'il soit un acteur de sa santé, qu'il comprenne les informations et qu'il adhère à la prise en charge. Beaucoup de publications ont développé la démarche de DMP, par contre peu de travaux se sont intéressés à la première étape de la DMP c'est-à-dire le partage du diagnostic. Historiquement, le diagnostic appartenait au médecin. Aujourd'hui, il n'est pas rare que le patient expose son ressenti sur ses symptômes et avance des hypothèses diagnostiques.

L'objectif de ce travail était de recueillir les perceptions et d'avoir un regard croisé des patients et médecins généralistes sur l'élaboration et la co construction du diagnostic en médecine générale.

Pour répondre à cette problématique, une étude qualitative phénoménologique analytique par entretiens individuels semi-dirigés a été entreprise par deux investigatrices pour permettre une triangulation des données. Tous les entretiens ont été analysés par les deux investigatrices, séparément, selon la méthode sémio-pragmatique de Peirce. Un échantillonnage raisonné en variation maximale a été recherché comprenant 10 médecins et 10 patients.

En ce qui concerne les résultats, la question du diagnostic partagé a surpris les patients et certains médecins. Les regards croisés patient et médecin sur le DP convergeaient sur la perception d'un échange entre l'expertise du médecin basée sur son savoir médical, et l'expertise du patient basée sur son expérience vécue. Une relation de confiance médecin-patient était nécessaire pour les deux parties. L'écoute active et la disponibilité du médecin étaient demandées par le patient et considérées par le médecin. Ce dernier émettait cependant la remarque qu'en pratique ce n'était pas toujours applicable, en fonction de situation comme le manque de temps, la surcharge de travail, et l'état émotionnel du médecin. Les médecins et les patients étaient d'accord sur le fait que le diagnostic en lui-même n'était pas systématique, contrairement au dialogue médecin-patient. Pour les médecins l'évaluation globale biopsychosociale du patient était plus importante que le diagnostic de pathologie en soi. Selon les patients et les médecins, la construction d'un diagnostic entre le médecin et le patient permettait de trouver un terrain commun où pouvait confluer leurs



idées respectives. Les médecins ont souligné cependant que le DP pouvait faire émerger des conflits, notamment lorsque les patients présentaient des idées fausses aux yeux du médecin.

Le dialogue pouvait être ciblé sur les désaccords et quelques fois aucun terrain d'entente n'était trouvé. Les patients et les médecins décrivaient internet comme principale source d'information des patients. Ces derniers savaient qu'il existait des biais d'informations, mais y voyaient un moyen complémentaire de confronter les informations du médecin. Ceux-ci y voyaient plus d'inconvénients et certains craignaient de se confronter à une demande inadaptée de soin.

Dans la discussion, notre travail soulignait que le DP devait s'intégrer dans le raisonnement clinique. Il faisait partie de la démarche de la DMP. La démarche clinique de l'ACP semblait adaptée au partage du diagnostic avec le patient: développer une relation d'écoute active favorisant la confiance, comprendre la perspective du patient et son expérience vécue, avoir une vision globale biopsychosociale, et trouver un terrain commun pour permettre une DMP. La place du patient dans la consultation se confrontait parfois à celle du médecin. Ce dernier pouvait craindre l'empowerment du patient. Le DP était un travail coopératif et délibératif entre le patient et le médecin. Cette délibération permettait d'améliorer des biais inhérents au raisonnement clinique et à la personne humaine.

L'ACP dans le raisonnement clinique enseigné aux étudiants en médecine permet de pratiquer le DP.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

BOUSSAGEON Remy

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur **Remy BOUSSAGEON**
Professeur des Universités
de Médecine Générale



Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Gilles Rode
Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **15 FEV. 2023**



GUILLOU PAULINE – REGARDS CROISÉS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES SUR L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 patients et 10 médecins généralistes.

RESUME

Historiquement, le diagnostic était une prérogative du médecin. Il n'est pas rare que le patient s'avance sur un diagnostic. C'est lui qui connaît ses symptômes et c'est au médecin de traduire en un diagnostic. La diagnostic, en amont de la décision médicale partagée avec le patient, pourrait-être le résultat d'une co-construction entre le patient et le médecin.

Méthode : Étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés de 10 patients et de 10 médecins.

Résultats : Les regards croisés patients et médecins sur le diagnostic partagé convergeaient sur la perception d'un échange entre l'expertise du médecin basée sur son savoir médical, et l'expertise du patient basée sur son expérience vécue. Une relation de confiance médecin-patient était nécessaire. L'écoute active et la disponibilité du médecin étaient demandées par le patient et considérées par le médecin. Le diagnostic en lui-même n'était pas systématique. Ce qui importait, c'était le partage des connaissances et des informations. Cela semblait améliorer le vécu de l'incertitude diagnostique et rassurer le patient. La construction d'un diagnostic permettait de trouver un terrain commun où pouvaient confluer leurs idées respectives. Le diagnostic partagé pouvait faire émerger des conflits. Il pouvait y avoir des désaccords sans terrain d'entente trouvé. Internet était la principale source d'information des patients. La place du patient dans la consultation se confrontait parfois à celle du médecin. Ce dernier pouvait redouter l'empowerment du patient.

Conclusion : L'approche centrée sur le patient semblait adaptée au partage du diagnostic avec le patient : développer une relation d'écoute active favorisant la confiance. Le médecin devait comprendre la perspective du patient et son expérience vécue, avoir une vision globale biopsychosociale, et trouver un terrain commun pour permettre une décision médicale partagée.

MOTS CLES

Diagnostic partagé. Décision Partagée. Diagnostic médecin patient. Approche centrée patient. Elaboration diagnostic. Construction Diagnostic. Relation médecin patient.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Rémy Bousageon
Membres : Madame la Professeur Anne-Marie Schott
Madame le Docteur Audrey Taureau
Directeur : Monsieur le Professeur Alain Moreau

DATE DE SOUTENANCE : Le 21 Mars 2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 5 Rue Gasparin 69002 Lyon.

VOTRE EMAIL : pauline.guillou@etu.univ-lyon1.fr