

Année 2024

Thèse n° :

## **THESE**

# **POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

**Jean NGUYEN**

Né(e) le 29 mai 1989 à Le Blanc-Mesnil

Présentée et soutenue publiquement le 15 Juillet 2024

Les déterminants de la démarche décisionnelle en médecine  
générale : une revue narrative de la littérature

Président de Thèse :      Professeur BOURGARIT Anne

Directeur de Thèse :      Professeur DUHOT Didier

Membre du jury :      Docteur AOUIDAD Alain

# AVERTISSEMENT

---

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

# REMERCIEMENTS

---

# ABRÉVIATIONS

---

EBM : Evidence Based-Medicine

ECOGEN : Éléments de la consultation en Médecine Générale

GEPRI : Groupe d'enseignement à la pratique réflexive

HeTOP: Health Terminology/Ontology Portal

MeSH: Medical Subject Headings

SANRA: Scale for the Assessment of Narrative Review Article

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# TABLEAUX ET FIGURES

---

|   |    |
|---|----|
| Figure 1: Caractéristiques, compétences et champs d'activité en médecine générale selon WONCA 2011 (1).....               | 8  |
| Figure 2: Le médecin (M) comme système complexe s'intègre au système complexe du patient (P) par la relation (R) (5)..... | 10 |
| Figure 3: Le sablier de la démarche clinique en médecine générale (17).....   | 12 |
| Figure 4: Exemple d'arbre décisionnel par analyse décisionnelle (26).....   | 15 |
| Figure 5: Modèle de raisonnement diagnostique selon la théorie du double processus (32).....                              | 16 |
| Figure 6: Modèle hypothétique de raisonnement thérapeutique (36).....   | 17 |
| Figure 7: Groupes de facteurs impliqués dans la prise de décision clinique selon Croskerry (42) .....                     | 18 |
| Figure 8: Diagramme de flux .....   | 26 |
| Figure 9: Les déterminants de la démarche décisionnelle.....  | 30 |
| Tableau 1: Mots clés et équations de recherche .....  | 23 |
| Tableau 2: Tableau des résultats inclus dans l'étude.....   | 29 |

# TABLE DES MATIÈRES

---

|   |    |
|---|----|
| <b>AVERTISSEMENT</b> .....  | 2  |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | 3  |
| <b>ABRÉVIATIONS</b> .....   | 4  |
| <b>TABLEAUX ET FIGURES</b> .....  | 5  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | 8  |
| <b>1. La médecine générale : une discipline médicale singulière</b> .....                   | 8  |
| Définition de la médecine générale .....  | 8  |
| La notion de complexité en médecine générale .....  | 9  |
| L'incertitude médicale et la notion de risque .....   | 11 |
| Le sablier de la démarche clinique en médecine générale .....                               | 12 |
| <b>2. État de l'art sur le raisonnement clinique et la prise de décision clinique</b> ..... | 15 |
| Recherches sur la décision clinique : approche descriptive et normative .....               | 15 |
| Déterminants du raisonnement clinique et de la prise de décision clinique .....             | 17 |
| Les modèles actuels de prise de décision médicale .....                                     | 18 |
| <b>JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE, QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS</b> .....                   | 20 |
| <b>1. Problématique</b> .....   | 20 |
| <b>2. Question de recherche</b> .....   | 20 |
| <b>3. Objectifs</b> .....   | 21 |
| <b>4. Intérêts de la recherche</b> .....  | 21 |
| <b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....  | 22 |
| <b>1. Choix et justification méthodologique</b> .....                                       | 22 |
| Choix et justification de la méthode .....  | 22 |
| Procédé méthodologique de notre revue narrative systématisée .....                          | 22 |
| <b>2. Recherche documentaire et stratégie de recherche</b> .....                            | 23 |
| Bases de données utilisées .....  | 23 |
| Mots-clés et équations de recherche utilisés .....  | 23 |
| Critères d'inclusion .....  | 24 |
| Critères d'exclusion .....  | 24 |
| <b>3. Processus de sélection des articles</b> .....   | 24 |
| <b>4. Extraction des données</b> .....  | 24 |
| <b>5. Présentation des résultats</b> .....  | 25 |
| <b>RÉSULTATS</b> .....  | 26 |
| <b>1. Diagramme de flux</b> .....   | 26 |
| <b>2. Présentation générale des résultats</b> .....   | 27 |
| Tableau de présentation et de référencement des résultats inclus dans la revue .....        | 27 |
| Les déterminants de la démarche décisionnelle .....   | 30 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Les déterminants du patient</b> .....                                 | 31 |
| <b>Les déterminants du médecin</b> .....                                 | 36 |
| <b>Les déterminants relationnels</b> .....                               | 41 |
| <b>Les déterminants du contexte</b> .....                                | 45 |
| <b>DISCUSSION</b> .....  | 48 |
| <b>1. Résumé des principaux résultats et discussion</b> .....            | 48 |
| Les déterminants du patient .....  | 48 |
| Les déterminants du médecin .....  | 49 |
| Les déterminants relationnels .....                                      | 51 |
| Les déterminants du contexte .....                                       | 52 |
| <b>2. Implications en médecine générale</b> .....                        | 53 |
| Implications pédagogiques pour l'enseignement en médecine générale.....  | 53 |
| Implications pour la recherche et la pratique en médecine générale ..... | 53 |
| <b>3. Forces et limites de l'étude</b> .....                             | 56 |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | 58 |
| <b>RÉFÉRENCES</b> .....  | 59 |
| <b>ANNEXES</b> .....   | 65 |
| Annexe 1 : Critères méthodologiques de SANRA (56) .....                  | 65 |
| Annexe 2 : Tableau général des résultats inclus .....                    | 67 |
| Annexe 3 : Grille d'extraction des données .....                         | 75 |
| <b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....  | 76 |
| <b>RÉSUMÉ</b> .....  | 77 |

# INTRODUCTION

## 1. La médecine générale : une discipline médicale singulière

### Définition de la médecine générale

La WONCA Europe définit la médecine générale ou médecine de famille comme « *une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* », avec « *des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille* » (1).

C'est une discipline qui se différencie des autres spécialités médicales, avec des concepts théoriques propres à la discipline. La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a ainsi proposé un recueil de 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline (2). Ces concepts ont été classés selon qu'ils concernent les caractéristiques particulières de l'exercice de la médecine générale, la relation médecin-malade, la démarche diagnostique et la démarche décisionnelle (2). Selon la WONCA, la médecine générale comprend des caractéristiques propres, des compétences fondamentales, des champs d'activité et des dimensions spécifiques de la discipline (Figure 1).

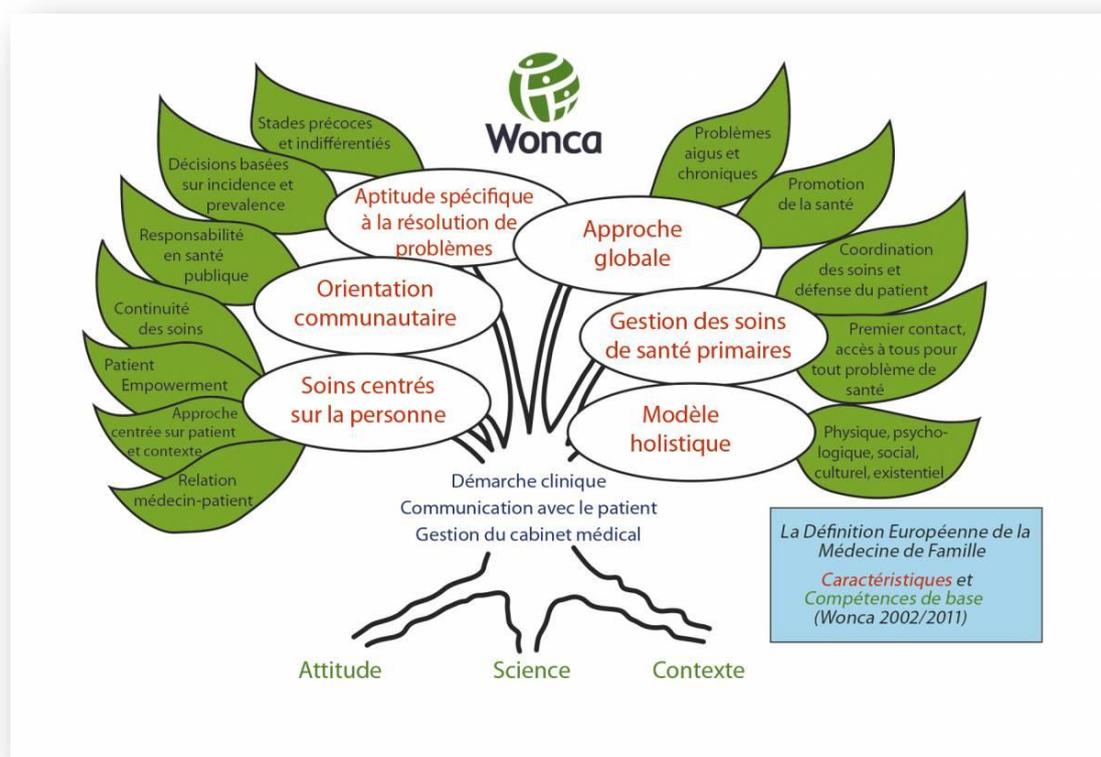


Figure 1: Caractéristiques, compétences et champs d'activité en médecine générale selon WONCA 2011 (1)

La médecine générale est caractérisée par des compétences dans la gestion des soins de santé primaires, l'aptitude spécifique à la résolution de problème, l'approche globale, les soins centrés sur la personne, l'adoption d'un modèle holistique et l'orientation communautaire (1). Les compétences du médecin généraliste s'appliquent dans le champ de la démarche clinique, la communication avec le patient et la gestion du cabinet (outils professionnels), prenant en compte des dimensions multiples (1) :

- Les aspects contextuels du médecin (environnement, conditions de travail, communauté, culture, cadre financier et réglementaire)
- Les aspects comportementaux du médecin (capacités et valeurs, éthique personnelle, interaction entre la vie personnelle et professionnelle)
- Les aspects scientifiques (données actuelles de la Science, lecture critique, formation médicale continue).

L'interrelation entre ces différents éléments est ce qui caractérise la complexité en médecine générale. Ainsi, pour McWhinney, la médecine générale est de toutes les disciplines cliniques, celle qui opère au plus haut niveau de complexité (3).

### La notion de complexité en médecine générale

#### *L'approche linéaire et l'approche par complexité*

L'approche du médecin généraliste s'articulant entre la complexité et la singularité, est ce qui en fait sa spécificité (4) : la complexité d'une situation clinique formée par des dimensions multiples, avec la singularité propre à chaque patient et chaque médecin généraliste. La complexité, s'entend ainsi au sens de ce qui est complexe, du latin « *complexus* », de ce qui est tissé ensemble, faisant référence aux notions de pensée complexe et de pensée linéaire (5).

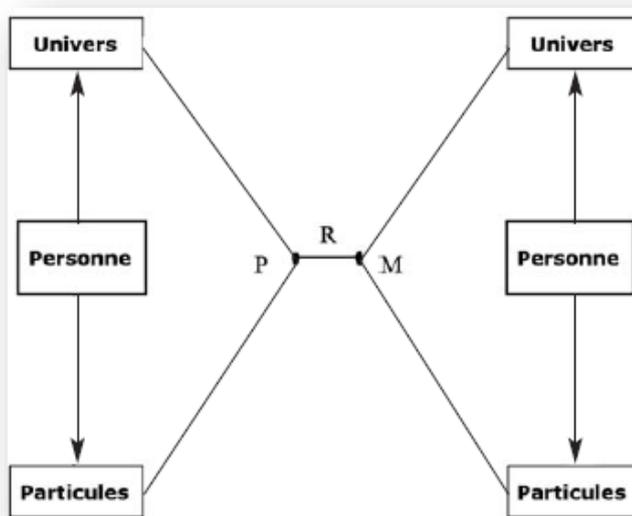
La pensée linéaire permet de résoudre des problèmes bien définis, dans une relation déterminée de cause à effet. L'approche « centrée sur la maladie » par la pensée linéaire consiste à disséquer le problème du patient : un ensemble de symptômes ou syndromes peut signifier une atteinte organique, correspondant à une maladie nosologique, où des traitements correspondants sont envisageables. En médecine générale, la pensée linéaire peut se confronter à une autre réalité, où la pensée complexe trouve toute sa place car elle prend en considération la globalité, les liens ou les interactions.

La définition du diagnostic du dictionnaire Littré ou « *l'art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et de les distinguer les unes des autres* », n'offre qu'une vision réductionniste du diagnostic en médecine générale. Le modèle biopsychosocial d'Engel, la démarche OPE (organisme, personne, environnement) et l'approche systémique centrée sur le patient prennent en

compte des dimensions multiples pour avoir une vision globale du patient dans toute sa complexité et faire un « diagnostic de situation » centrée sur le patient (6).

### *L'approche systémique par complexité*

Dans la perspective de la théorie des systèmes complexes, l'approche systémique appliquée à la médecine générale donne une vision des éléments globaux de la situation clinique, regroupés en un ensemble de systèmes par leurs interactions. Considérant aussi bien le patient et le médecin généraliste comme des systèmes complexes (5) (Figure 2). Le patient dans son environnement de vie et le médecin dans son environnement professionnel, sont des systèmes en interconnexion (relation médecin-patient), fonctionnant au sein d'un environnement lié au système de soins primaires, lui-même en relation au système de soins secondaires, et évoluant au sein du système de santé.



*Figure 2: Le médecin (M) comme système complexe s'intègre au système complexe du patient (P) par la relation (R). (5)*

En conséquence, l'approche systémique par complexité prend en considération les différentes dimensions du système du patient, mais aussi du système dans lequel évolue le médecin généraliste. La prise en compte des dimensions contextuelles et comportementales du médecin telles que décrites précédemment dans la définition de la WONCA (1), met en exergue l'importance pour le médecin généraliste de prendre conscience de sa propre influence dans les décisions et les soins prodigués.

### *La complexité des cas de multimorbidité*

La complexité des cas de multimorbidité ou la « co-occurrence de plusieurs éléments de santé (maladie, symptôme, syndrome, facteurs de risque, évènement de vie) chez un même individu, sur

*la même période* », expose à une symptomatologie impliquant plusieurs états de morbidité qui peuvent interagir et avoir un retentissement psychologique, social ou économique sur la vie du patient (7). Pour les situations complexes de multimorbidité, l'approche linéaire et centrée sur la maladie peut restreindre la démarche décisionnelle du médecin en l'application cumulée de recommandations pour chaque morbidité prise séparément, sans prendre en compte les interactions des différentes morbidités et leurs retentissements sur le patient (8).

#### *Le récit de situation complexe et authentique dans l'enseignement de médecine générale*

En France, la médecine générale a été reconnue comme une discipline universitaire avec un enseignement comportant un troisième cycle spécialisé depuis la loi du 23 décembre 1982 (9). La majorité des facultés de médecine générale a introduit les récits de situation complexe et authentique (RSCA) à travers des groupes d'enseignement à la pratique réflexive (GEPRI) dans l'enseignement théorique en médecine générale. La présentation en GEPRI et la rédaction du RSCA consistent à exposer une situation rencontrée par un récit narratif de la situation, à formuler un diagnostic de situation du patient et à analyser les propositions et décisions prises. De cette manière, l'enseignement en GEPRI œuvre à développer une réflexion en groupe sur la complexité d'une situation clinique rencontrée au cours de l'enseignement pratique (stages hospitaliers ou ambulatoires) à partir d'une analyse rétrospective des décisions prises par l'étudiant.

Ainsi, la notion de complexité en médecine générale fait référence aux situations cliniques complexes rencontrées, mais aussi à la complexité des diagnostics, des décisions et des actions impliqués dans la démarche clinique en médecine générale. Un autre aspect essentiel de l'activité médicale à prendre en compte dans la démarche clinique en médecine générale est la notion d'incertitude médicale.

#### L'incertitude médicale et la notion de risque

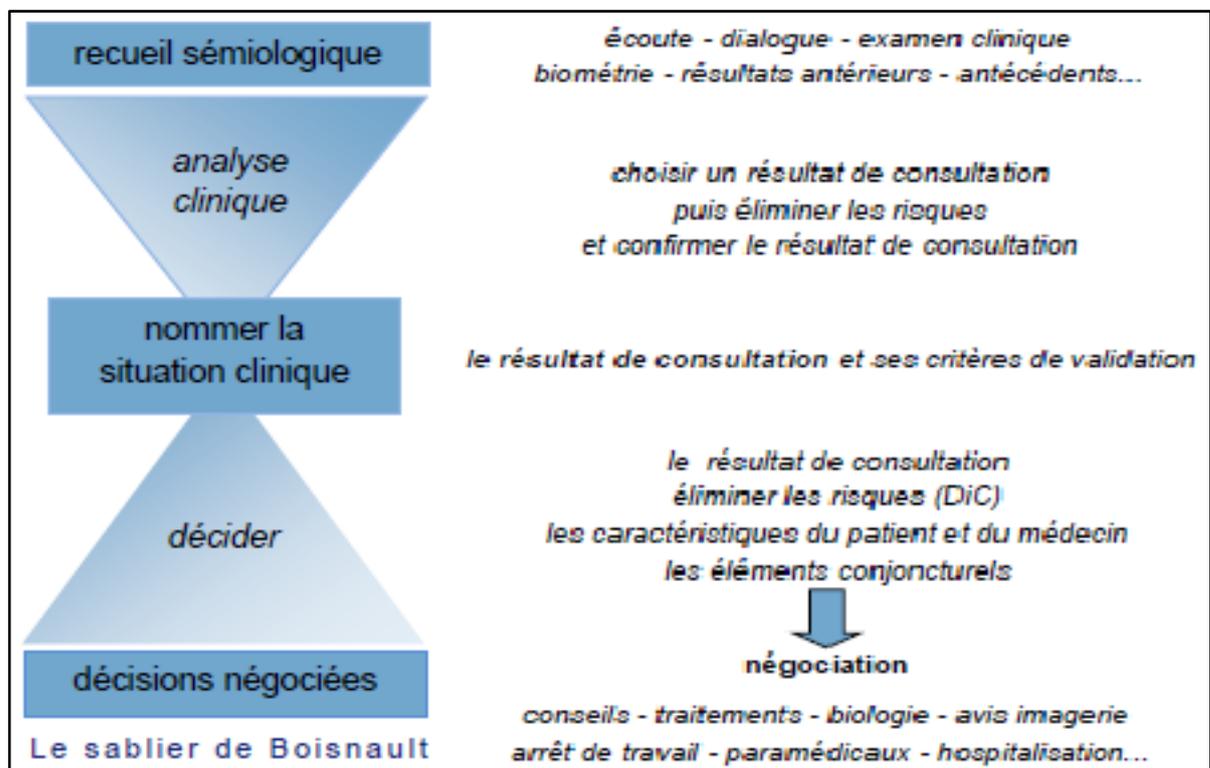
L'incertitude médicale est une caractéristique omniprésente de l'activité médicale (10), correspondant à « *l'état dans lequel se trouve le médecin lorsqu'il n'est pas certain du diagnostic étiologique ou syndromique au cours d'une consultation, la thérapeutique à proposer, ou qu'il n'est pas sûr de la compréhension qu'il a du patient et réciproquement* », avec différents types d'incertitude (incertitude diagnostique, thérapeutique ou relationnelle) (11). A l'exception de la psychiatrie, les médecins de soins primaires seraient plus fréquemment exposés à l'incertitude médicale que dans d'autres spécialités (12).

En médecine générale, les états de morbidités peuvent être uniquement de l'ordre du symptôme ou du syndrome, sans nécessairement évoluer vers une maladie au sens biomédical. Ces états de morbidités représentent 70% des cas rencontrés en médecine générale, quand les tableaux de maladie et les diagnostics certifiés représentent respectivement 21% et 8% des situations cliniques (13). L'incertitude médicale peut créer une situation contraignante et inconfortable, au point de conduire à deux situations extrêmes consécutives à une intolérance à l'incertitude médicale : l'incertitude paralysante « par excès » et l'incertitude occultée « par défaut » (14).

Le niveau de tolérance à l'incertitude des médecins de soins primaires peut être un facteur qui influence la prise de décision et conduire à la pratique d'une médecine défensive pour se prémunir des conséquences judiciaires potentielles (15). Cela peut conduire à une augmentation des prescriptions d'examens complémentaires, à adresser plus fréquemment aux autres spécialistes ou aux urgences, et à éviter de réaliser certains actes médicaux jugés à risque (16).

### Le sablier de la démarche clinique en médecine générale

Le sablier de la démarche clinique a été développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG). C'est une schématisation de la démarche clinique en médecine générale, qui regroupe la démarche diagnostique et la démarche décisionnelle. La démarche décisionnelle est représentée dans la partie inférieure du sablier (Figure 3).



*Figure 3: Le sablier de la démarche clinique en médecine générale (17)*

### *La démarche décisionnelle en médecine générale*

La démarche décisionnelle consiste en une prise de décision en fonction de la situation clinique nommée, le résultat de consultation. Au moment de nommer la situation (démarche diagnostique), l'incertitude diagnostique expose le médecin généraliste à deux risques qui sont le premier risque (erreur de diagnostic dans le choix du résultat de consultation) et le deuxième risque d'erreur (non prise en compte des diagnostics critiques évitables) (Figure 3) (18,19).

Le médecin généraliste prend des décisions par une contextualisation de la situation qui intègre de nombreux déterminants : le résultat de consultation, les risques liés à l'incertitude diagnostique, les données actuelles de la Science, le contexte de soins, les éléments biomédicaux, psychologiques et sociaux du patient, mais aussi les déterminants propres au médecin. La contextualisation permet au praticien de prendre en compte l'ensemble des déterminants pour prendre des décisions partagées ou négociées, qui prennent en considération les perspectives du patient et les perspectives du médecin.

### *Les décisions médicales et les actes médicaux en médecine générale*

Les décisions prises en médecine générale sont le fruit de la démarche décisionnelle du médecin généraliste. Elle implique des décisions, des choix, à partir de plusieurs actions : prescrire, orienter, conseiller, mais aussi attendre et surveiller (décision différée ou passage à l'acte) (2). A minima, la décision médicale implique de décider d'agir ou de ne pas agir. Les décisions prises mènent à la mise en œuvre de la décision, à l'action et la réalisation de différents actes médicaux. De manière générale, les actes médicaux peuvent être le reflet des décisions du médecin, la partie visible du processus de prise de décision (20).

En médecine générale, les actes médicaux peuvent présenter une typologie spécifique (21), et être de différentes natures (13):

- **Les actes de prescription médicamenteuse ou non médicamenteuse** (analyses biologiques, imagerie).
- **Les références et les orientations** (références et orientations vers d'autres spécialistes, vers une hospitalisation ou un service d'urgence)
- **Les actes techniques** (actes de vaccination, sutures et petite chirurgie, infiltrations articulaires, actes techniques de gynécologie ou de traumatologie)

- **Les actes administratifs ou médico-légaux** (certificat médical de non contre-indication, d'arrêt ou d'accident de travail, déclaration de médecin traitant, déclaration de grossesse).
- La **consultation, sans acte de prescription ni acte technique** (conseil, avis médical, entretien psychologique ou motivationnel, information et prévention, examens cliniques systématiques)

D'autre part, la mise en œuvre des différentes décisions (décisions diagnostiques, décisions de soins, décisions de coordination) nécessite une prise de décision en elle-même, qui concerne la gestion des soins du patient : décider de comment gérer, organiser ou prioriser les soins.

## 2. État de l'art sur le raisonnement clinique et la prise de décision clinique

### Recherches sur la décision clinique : approche descriptive et normative

La prise de décision clinique est devenue un sujet à l'origine de recherches pour comprendre comment les médecins prennent des décisions, mais aussi chercher à les optimiser pour prendre les meilleures décisions. Les travaux dans ce domaine concernent deux grandes approches : l'approche descriptive qui étudie le raisonnement des médecins pour faire un diagnostic et prendre des décisions, et l'approche normative ou prescriptive qui étudie comment les décisions devraient être prises (22). Au-delà de l'intérêt pédagogique (23,24), comprendre la manière dont les médecins raisonnent et prennent leurs décisions, a des implications majeures dans la qualité des soins et la sécurité du patient (25). Ainsi, les recherches dans le domaine du raisonnement clinique et de la prise de décision clinique se sont construites sur la base de plusieurs théories différentes.

#### *Analyse décisionnelle et outils d'aide à la décision*

A partir de la théorie de la décision et du théorème de Bayes, l'approche normative ou prescriptive des recherches sur la prise de décision s'est attachée à formaliser le raisonnement pour aider au diagnostic et à la décision. L'analyse décisionnelle s'est développée comme une méthode pour prendre les meilleures décisions médicales, par l'élaboration d'un arbre décisionnel permettant de structurer le problème, où les probabilités et les utilités y sont affectées (Figure 4) (26,27). Selon cette approche de la prise de décision, la décision rationnelle serait d'opter pour l'option avec la valeur maximale d'utilité espérée. Pourtant, l'analyse décisionnelle fait l'objet de critique, sa mise en pratique clinique peut présenter certains obstacles et ne reflèterait pas complètement le mode de pensée des médecins qui peut être soumis à des facteurs cognitifs en rapport à des biais ou des heuristiques (28,29).

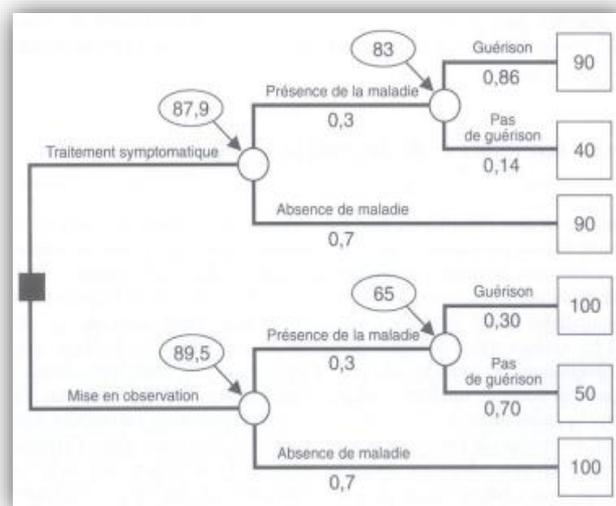


Figure 4: Exemple d'arbre décisionnel par analyse décisionnelle (26)

### *Raisonnement clinique et prise de décision*

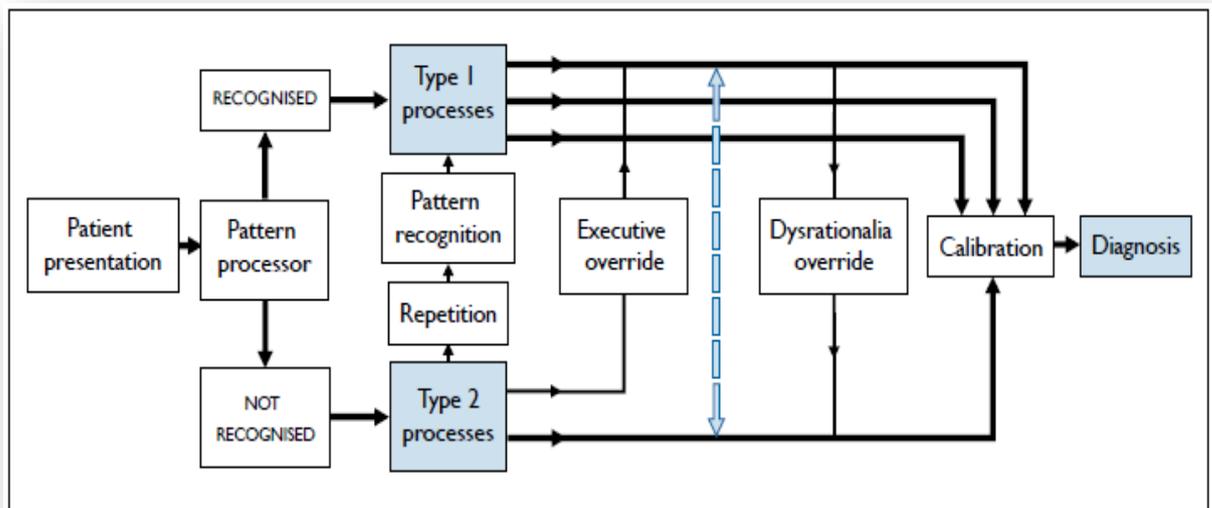
Le raisonnement clinique est un concept mettant en lumière les processus cognitifs et les différentes activités mentales des médecins pour faire un diagnostic et prendre des décisions (24). Il existe un grand nombre de termes utilisés pour désigner le raisonnement clinique, comme la prise de décision, la résolution de problème et le jugement clinique (30). Il existe donc plusieurs définitions du raisonnement clinique, mais celles-ci partagent des caractéristiques (31) :

- Les opérations cognitives d'observation, de recueil et d'analyse des informations du médecin
- Les décisions qui en résultent pour des actions qui tiennent compte des circonstances spécifiques d'un patient et des préférences

La théorie du double processus a été adaptée à l'activité médicale et propose que le raisonnement clinique et la prise de décision soient le résultat d'une interaction permanente entre un processus non analytique et un processus analytique : le système 1 (rapide, intuitif) et le système 2 (lent, analytique) (32). Le système 1 se caractérise par des décisions cliniques prises rapidement, fonctionnant sur des raccourcis mentaux appelés des heuristiques. Le système 2 se veut être un processus de réflexion plus lent et délibéré.

### *Raisonnement diagnostique et prise de décision diagnostique*

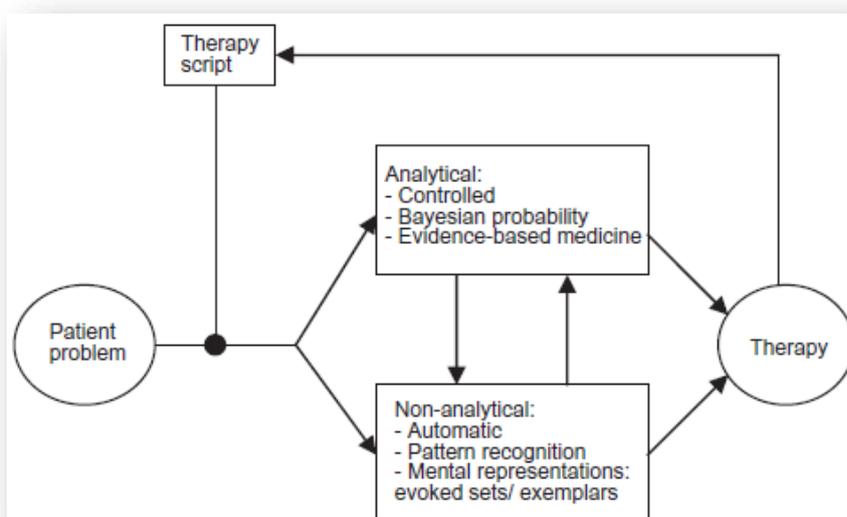
En ce qui concerne le raisonnement diagnostique, plusieurs processus cognitifs ont été mis en évidence pour expliquer le raisonnement des médecins pour faire un diagnostic (23) : les processus analytiques, dont le plus couramment enseigné est le raisonnement hypothético-déductif (33), les processus non analytiques regroupant les reconnaissances de formes ou les scripts de maladie (34), et les processus mixtes (analytiques et non analytiques) (Figure 5).



*Figure 5: Modèle de raisonnement diagnostique selon la théorie du double processus.(32)*

### *Raisonnement thérapeutique et prise de décision thérapeutique*

Une autre approche du raisonnement clinique s'intéresse au raisonnement de gestion ou « management reasoning », et se définit comme « *les processus cognitifs par lesquels les cliniciens intègrent des informations cliniques (antécédents, résultats d'examens et résultats de tests), des préférences, des connaissances médicales et des facteurs contextuels (situationnels) pour prendre des décisions concernant la prise en charge d'un patient individuel, y compris décisions concernant le traitement, des tests supplémentaires, des visites de suivi et l'allocation de ressources limitées* » (35). Le raisonnement thérapeutique a été étudié principalement par l'analyse décisionnelle et les arbres décisionnels, mais peu d'études ont porté sur la manière dont les médecins prennent leurs décisions de soins dans une approche cognitive du raisonnement clinique (36). Certains auteurs suggèrent que le raisonnement clinique nécessite d'être étudié au-delà du raisonnement diagnostique (37). Un modèle hypothétique de raisonnement thérapeutique a été proposé (Figure 6), avec la notion de « script thérapeutique » (38) ou « script de gestion » (39).

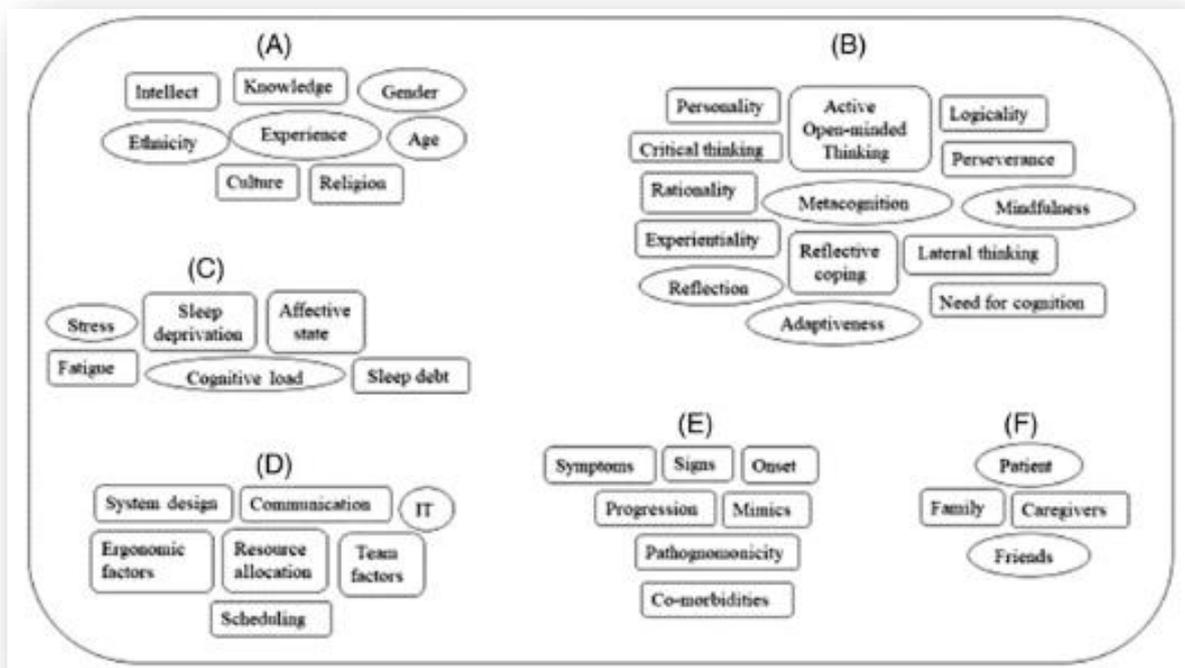


*Figure 6: Modèle hypothétique de raisonnement thérapeutique (36)*

### Déterminants du raisonnement clinique et de la prise de décision clinique

Une partie de la littérature s'est intéressée aux déterminants contextuels qui peuvent influencer le raisonnement clinique selon la théorie de la cognition située (40). La théorie de la cognition située fournit un cadre pour comprendre les interactions complexes des facteurs contextuels sur le raisonnement diagnostique et thérapeutique. Ces interactions sont dynamiques et façonnées par le contexte social et l'environnement dans lequel l'interaction sociale se produit entre le médecin, le patient et l'environnement lors d'une rencontre clinique (41). Dans la perspective du raisonnement clinique du médecin, Croskerry décrit 6 groupes de facteurs impliqués dans la prise de décision

clinique (Figure 7) (42) : Les facteurs démographiques du médecin, le style cognitif du médecin, les facteurs ambiants et homéostatiques du médecin, les facteurs systémiques et environnementaux, les facteurs biomédicaux ou sociaux du patient.



*Figure 7: Groupes de facteurs impliqués dans la prise de décision clinique selon Croskerry (42)*

D'autres travaux ont porté sur le rôle des émotions dans le raisonnement clinique et la prise de décision des cliniciens : les réponses émotionnelles « négatives » face aux pressions contextuelles (stress, anxiété, complexité, incertitude), les réponses émotionnelles « positives » envers les autres (empathie) ou un comportement intentionnel d'exclusion de l'émotion (distinction entre les émotions et les préoccupations professionnelles) (43). De ce fait, les déterminants liés aux émotions ressenties par les cliniciens peuvent avoir un rôle dans la prise de décision clinique (43), tout comme les émotions et les valeurs du patient (44).

### Les modèles actuels de prise de décision médicale

L'Evidence-Based Medicine (EBM) et la décision partagée représentent les modèles dominants de la prise de décision médicale. Au moment de prendre une décision médicale, le modèle de l'EBM considère les déterminants liés aux données actuelles de la Science, l'expertise du clinicien et les préférences des patients (45). Ce modèle vise à utiliser les données de recherche pour orienter les décisions médicales sur la base de preuves fiables et actualisées. D'autre part, le modèle de

prise de décision partagée est un processus de prise de décision qui repose sur un partage des informations, une délibération commune et un accord sur une décision communément acceptée entre le patient et le clinicien (46,47). Développé initialement dans le contexte des maladies potentiellement mortelles où différentes alternatives thérapeutiques existent, les décisions de plan de traitement d'une affection aiguë (comme une prescription d'antibiotique chez un enfant) ou les maladies chroniques peuvent faire l'objet d'une décision partagée en médecine générale (48), mais aussi dans les situations de dépistage, de controverse ou d'absence de preuves scientifiques (49).

# JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE, QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

---

## 1. Problématique

Le raisonnement clinique et la prise de décision sont des processus cognitifs d'une grande complexité. Les études dans ce domaine se sont appuyées sur plusieurs théories ou modèles pour expliquer et comprendre la démarche sous-jacente du médecin pour faire un diagnostic et prendre des décisions (théorie de la décision, théorie du double processus, théorie de la cognition située...). Il n'existe pas une théorie qui puisse expliquer l'ensemble des décisions car un comportement ou une décision rationnelle selon une théorie peut être irrationnelle selon une autre théorie (50). Ainsi, les décisions médicales peuvent être difficiles à prendre, pas toujours « rationnelles » (51) et être influencées par des déterminants en rapport au patient, au médecin ou à l'environnement de soins (41). La médecine fondée sur les preuves (Evidence-Based Medicine) et le modèle de la décision partagée sont devenus les paradigmes actuels et dominants de la prise de décision clinique. Pourtant, l'application des preuves peut être limitée par l'influence de nombreux déterminants non cliniques dans la prise de décision (52–54).

En médecine générale, la démarche décisionnelle va au-delà de la seule considération des déterminants biomédicaux centrés sur la maladie ou des déterminants en rapport au diagnostic de situation centré sur le patient. Bien que le résultat de consultation constitue la base du processus décisionnel, il ne détermine pas à lui seul les différentes décisions prises car certaines situations cliniques offrent au médecin généraliste une liberté décisionnelle (55). Au-delà des preuves, d'autres déterminants de la démarche décisionnelle peuvent entrer en compte. Ces déterminants peuvent être en rapport au patient, au contexte, au médecin et aux interactions sociales en jeu dans la relation médecin-patient qui peuvent influencer les décisions médicales.

C'est pourquoi nous nous concentrons sur les déterminants de la prise de décision en médecine générale, ce qui nous conduit à notre question de recherche.

## 2. Question de recherche

|   |
|---|
| <p><u>Question de recherche</u> : Quels sont les déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle du médecin généraliste ?</p> |
|---|

## Hypothèses de recherche

- La démarche décisionnelle du médecin généraliste s'appuie sur les déterminants de l'EBM, à partir du modèle de décision partagée et par la prise en compte de déterminants médicaux et non-médicaux liés au contexte, au patient, au médecin ou à la relation médecin-patient, en rapport avec une approche globale centrée sur le patient.

### 3. Objectifs

- Notre objectif principal est d'identifier les déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle du médecin généraliste.
- Notre objectif secondaire est de décrire et établir une typologie des déterminants de la démarche décisionnelle du médecin généraliste.

### 4. Intérêts de la recherche

La mise en lumière des déterminants de la démarche décisionnelle vise à une meilleure compréhension des spécificités de la démarche décisionnelle et de la prise de décision en médecine générale, qui est une étape peu explorée de la consultation. **L'étude des déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle en médecine générale permet de comprendre les décisions impliquées dans la prise en soin du patient**, et de comprendre la complexité de la prise de décision dans le contexte spécifique des soins primaires. L'étude des déterminants de la démarche décisionnelle trouve également son importance en termes d'enjeux liés à des questions de sécurité et de qualité des soins. En effet, l'amélioration de la qualité des soins implique de la part du professionnel de santé une remise en question permanente et une réflexivité sur sa pratique. Cette réflexivité nécessite qu'il puisse identifier tous les déterminants qui vont influencer ses décisions afin d'analyser les situations cliniques qui n'ont pas posées de problème et celles où il est important de trouver des pistes d'amélioration. Dans cette approche, l'étude des déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle a également un enjeu pédagogique, notamment dans l'analyse des décisions prises dans les situations rencontrées en stage et présentée au sein des groupes de GEPRI.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

## 1. Choix et justification méthodologique

### Choix et justification de la méthode

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une revue de littérature narrative de type systématisée. Pour cela, nous avons suivi la grille d'évaluation de SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Article) (Annexe 1) (56), en respectant certains critères de revue systématique. Nous avons privilégié la revue narrative en raison de l'étendue de la thématique abordée. En effet, si les revues systématiques permettent de répondre à une question spécifique, les revues narratives permettent d'aborder un sujet de manière plus large (56).

Par soucis de systématisation de notre travail, nous avons respecté certains critères de la revue systématique par la mise en évidence explicite de notre question de recherche et de nos hypothèses, par une transparence dans la stratégie de recherche utilisée et dans la sélection des ressources incluses.

### Procédé méthodologique de notre revue narrative systématisée

Notre problématique de travail et nos objectifs ont été définis explicitement dans notre partie d'introduction. Nous avons décrit la recherche documentaire dans notre stratégie de recherche en présentant les bases de données utilisées, les mots clés et les équations de recherche, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des articles. Le processus de sélection des articles a été présenté dans un diagramme de flux, ainsi qu'une présentation générale des articles inclus dans la revue. Les données citées dans la revue sont exclusivement issues de notre recherche documentaire. Les catégories et les typologies de déterminants ont été déterminées de manière inductive, par un regroupement conceptuel ou thématique, et ensuite catégorisées.

Par soucis de clarté, l'ensemble des données a été présenté au sein de différents tableaux. Chaque tableau présente les résultats classés par catégorie, typologie et listant les différents déterminants retrouvés à l'issue de notre recherche documentaire. Aucune formalité réglementaire n'était nécessaire pour cette recherche (57).

## 2. Recherche documentaire et stratégie de recherche

La recherche documentaire a été effectuée selon une stratégie de recherche que nous détaillons ici. Nous présentons dans cette partie les mots clés, les équations de recherche utilisées, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des articles.

### Bases de données utilisées

Les bases de données PubMed, EM Base, Cairn ont été utilisées. Notre choix s'était porté sur ces bases de données en raison des différentes caractéristiques de chaque base. PubMed et EM Base permettent de collecter des données dans le domaine médical. La base de données Cairn nous permet d'explorer les données issues des sciences humaines et sociales.

### Mots-clés et équations de recherche utilisés

Les équations de recherche ont été enrichies progressivement par des mots-clés en fonction des résultats de la recherche et adaptées à chaque thésaurus (MeSH, Emtree). Nous avons utilisé l'outil HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal) pour définir les mots-clés ou défini d'autres mots-clés en texte libre en fonction de la pertinence des résultats obtenus. Les équations de recherche ont été établies en utilisant des opérateurs booléens et sont présentées ci-dessous :

| <u>ÉQUATIONS DE RECHERCHE</u> |   |
|-------------------------------|---|
| PubMed                        | ((general practice[MeSH Terms]) OR (family practice[MeSH Terms]) OR (general practitioners[MeSH Terms]) OR (physicians, family[MeSH Terms]) OR (physicians, primary care[MeSH Terms])) AND ((clinical decision making[MeSH Terms]) OR (decision making[MeSH Terms]) OR (clinical reasoning[MeSH Terms]) NOT (career choice[MeSH Terms])) AND ((factor) OR (influenc*) OR (component)) |
| Cairn                         | (décision* OU prise de décision OU norm* OU soin) (Texte) ET ("médecine générale" OU "médecins généralistes" OU "médecin généraliste" OU "médecine de famille" OU "médecins de famille" OU "médecin de famille") (Résumé)   |
| EM Base                       | ('general practice'/exp OR 'general practitioner'/exp) AND ('clinical decision making'/exp OR 'clinical reasoning'/exp) AND ('factor' OR 'influence' OR 'component')  |

*Tableau 1: Mots clés et équations de recherche*

### Critères d'inclusion

- Les études primaires (qualitatives, quantitatives ou mixtes) et les études secondaires.
- Avec comme sujet central et phénomène étudié, la « prise de décision clinique » en incluant l'ensemble des concepts en lien avec la prise de décision (raisonnement clinique, Evidence-Based Medicine, décision partagée, décision négociée) et traitant des déterminants de la prise de décision du médecin généraliste ou impliqués dans la démarche décisionnelle en médecine générale comme objectif primaire ou secondaire.
- Sur toute période jusqu'en septembre 2023
- De langue française ou anglaise
- Les études concernant des médecins généralistes ou internes de médecine générale

### Critères d'exclusion

- Les ressources dont le texte n'a pas pu être trouvé
- Les ressources publiées dans une autre langue que le français et l'anglais
- Les ressources traitant des déterminants de la démarche diagnostique en médecine générale
- Les ressources traitant des déterminants de la prise de décision dans d'autres spécialités médicales ou paramédicales
- Les études qui concernent uniquement les patients

### **3. Processus de sélection des articles**

Une première étape de sélection des articles a été faite à partir de mots clés dans ces bases de données et complétée ensuite par une étape de sélection manuelle à partir des notices bibliographiques des articles inclus. Les résultats obtenus à partir des équations de recherche ont été intégrés dans le logiciel Zotero® pour nous permettre dans une première étape d'exclure les doublons retrouvés. Puis, pour chaque base de données, les articles ont été sélectionnés sur le titre et le résumé, et retenus dans notre revue après lecture complète par un seul relecteur à partir des critères d'inclusion et d'exclusion. L'ensemble des résultats présentés a été référencé à partir du logiciel Zotero®.

### **4. Extraction des données**

À partir d'une grille d'extraction des données réalisée sur Excel®, nous avons extrait un à un chaque déterminant retrouvé et regroupé dans un second temps les données par typologie et par

catégorie (Annexe 3). Les déterminants ont été collectés à partir de chaque article inclus dans la revue, par une extraction à partir des questionnaires des études quantitatives, des données issues des entretiens pour les études qualitatives ou des données secondaires dans le cadre de revue de littérature. Les données des études mixtes ont été extraites par le même procédé.

## **5. Présentation des résultats**

Le processus de sélection des résultats inclus dans la revue a été présenté au sein d'un diagramme de flux qui présente les différentes étapes de notre sélection d'articles. L'ensemble des articles inclus dans notre revue a été présenté avec le référencement dans la partie « résultats » et nous avons présenté le détail des articles sélectionnés en annexe (Annexe 2). Les données retrouvées dans notre revue ont été présentées sous forme de différents tableaux.

# RÉSULTATS

## 1. Diagramme de flux

Le processus d'identification et de sélection des articles pour cette revue sont présentés dans le diagramme de flux. Au total, 1 644 résultats ont été identifiés dans les trois bases de données sélectionnées. Les doublons entre les bases de données PubMed et EM Base ont été exclus et représentaient 39 résultats. **Nous avons réalisé une analyse sur titre et résumé de 1 605 résultats et exclus 1 418 résultats qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion.** 187 résultats ont été lus en intégralité pour évaluer leur éligibilité. 147 résultats ont été exclus, car ne répondant pas soit aux critères d'inclusion, soit aux critères d'exclusion. 7 études ont été incluses manuellement, par recherche manuelle en fonction des références des articles sélectionnés. Au total, nous avons inclus pour cette revue 47 résultats.

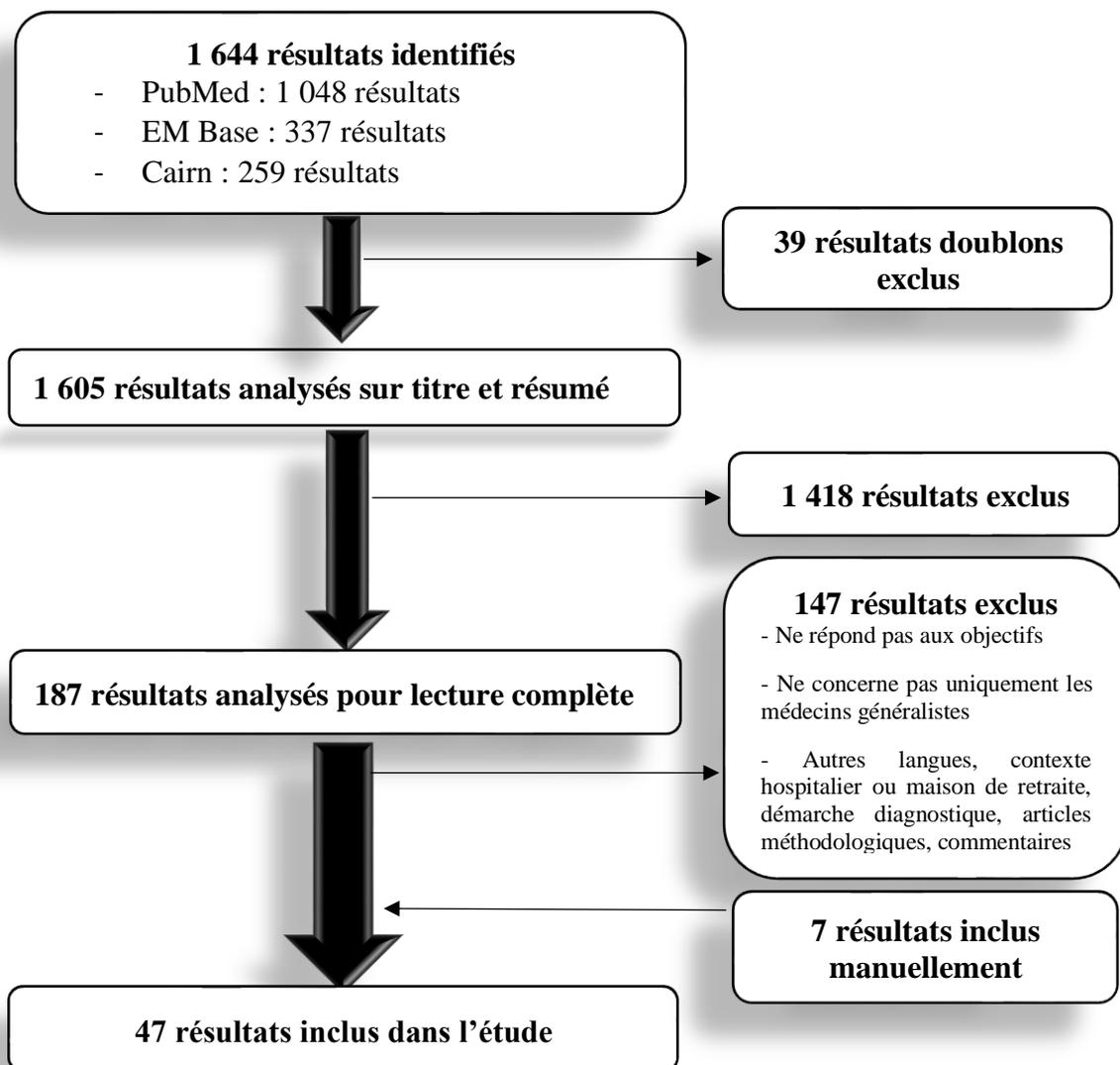


Figure 8: Diagramme de flux

## 2. Présentation générale des résultats

Les articles inclus dans l'étude sont présentés de manière détaillée en annexe, couvrant une période allant de 1987 à 2022, et comprenant 35 études qualitatives, 10 études quantitatives, une étude mixte et une revue de littérature (Scoping Review).

Tableau de présentation et de référencement des résultats inclus dans la revue

| AUTEURS                           | ANNÉE | TITRE   | RÉFÉRENCE |
|-----------------------------------|-------|---|-----------|
| <b>Jones R.H.</b>                 | 1987  | Data collection in decision-making: a study in general practice   | (58)      |
| <b>Grol R. et al.</b>             | 1990  | Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners                                    | (59)      |
| <b>Newton J. et al.</b>           | 1991  | Factors influencing general practitioners' referral decisions   | (60)      |
| <b>Hjordahl P.</b>                | 1992  | The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process                                | (61)      |
| <b>Bradley C.P.</b>               | 1992  | Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners                                    | (62)      |
| <b>Jones I. et Morell J.</b>      | 1995  | General practitioners' background knowledge of their patients   | (63)      |
| <b>Di Caccavo A. et Reid F.</b>   | 1995  | Decisional conflict in General Practice: strategies of patient management   | (64)      |
| <b>Weiss M.C. et al.</b>          | 1996  | Pressures on the general practitioner and decisions to prescribe  | (65)      |
| <b>Little P.</b>                  | 1998  | Why do GPs perform investigations?: The medical and social agendas in arranging back X-rays   | (66)      |
| <b>Granier S. et al.</b>          | 1998  | Recognizing meningococcal disease in primary care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information | (67)      |
| <b>Gulbrandsen P. et al.</b>      | 1998  | Influence of social problems on management in general practice: multi-practice questionnaire survey   | (68)      |
| <b>Mears R. et Sweeney K.</b>     | 2000  | A preliminary study of the decision-making process within general practice  | (69)      |
| <b>Freeman A.C. et Sweeney K.</b> | 2001  | "Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study"  | (70)      |
| <b>Grant J.A. et Donell J.</b>    | 2002  | A qualitative study of why general practitioners admit to community hospitals   | (71)      |
| <b>Dempsey O.P.</b>               | 2002  | Heads you win, tails I lose: a critical incident study of GPs' decisions about emergency admission referrals                                  | (72)      |

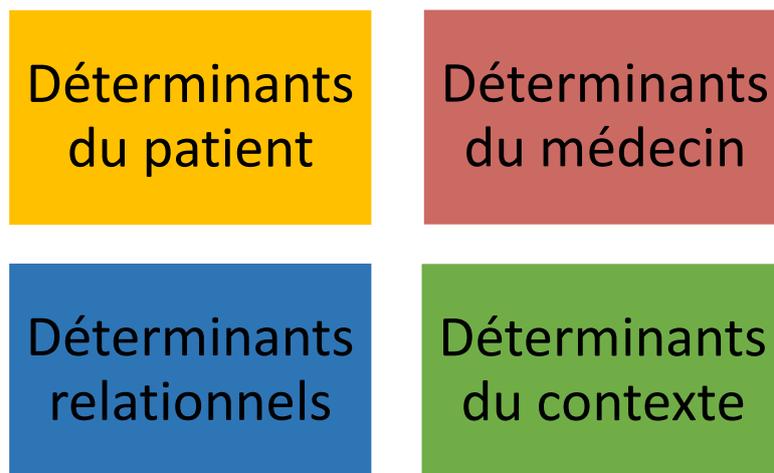
|                                   |      |   |      |
|-----------------------------------|------|---|------|
| <b>Denig P. et al.</b>            | 2002 | Scope and nature of prescribing decisions made by General Practitioners   | (73) |
| <b>Weijden T. et al.</b>          | 2002 | Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice   | (74) |
| <b>Kumar S.</b>                   | 2003 | Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study   | (75) |
| <b>Espeland A. et Baerheim A.</b> | 2003 | Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study | (76) |
| <b>Tracy S.C. et al.</b>          | 2003 | The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians  | (77) |
| <b>Tracy S.C. et al.</b>          | 2003 | Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians   | (78) |
| <b>Sigel P. et Leiper R.</b>      | 2004 | GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study  | (79) |
| <b>Petursson P.</b>               | 2005 | GPs' reasons for “non-pharmacological” prescribing of antibiotics A phenomenological study  | (80) |
| <b>Tracy S.C. et al.</b>          | 2005 | Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians   | (81) |
| <b>Carlsen B. et Norheim O.F.</b> | 2005 | "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice  | (82) |
| <b>Geneau R. et al.</b>           | 2008 | Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care                               | (83) |
| <b>Stavrou S. et al.</b>          | 2009 | Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study  | (84) |
| <b>Rahmner P.B. et al.</b>        | 2009 | Variations in understanding the drug-prescribing process: A qualitative study among Swedish GPs   | (85) |
| <b>Rosman S.</b>                  | 2010 | Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre le France et les Pays-Bas   | (86) |
| <b>Nilsen S. et al.</b>           | 2011 | Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints                  | (87) |
| <b>Walter A. et al.</b>           | 2012 | Negotiating refusal in primary care consultations: a qualitative study  | (88) |
| <b>Bedoin D.</b>                  | 2012 | La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?   | (89) |
| <b>Vega A.</b>                    | 2012 | Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français  | (90) |
| <b>Grant A. et al.</b>            | 2013 | An ethnographic exploration of influences on prescribing in general practice: why is there variation in prescribing practices?  | (91) |

|  |      |  |       |
|--|------|--|-------|
| <b>Kim K.K et al.</b>                            | 2015 | Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study                                    | (92)  |
| <b>Darmon D. et al.</b>                          | 2015 | Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique  | (93)  |
| <b>Ashdown H.F. et al.</b>                       | 2016 | Prescribing antibiotics to 'at-risk' children with influenza-like illness in primary care: qualitative study   | (94)  |
| <b>Schrans D. et al.</b>                         | 2016 | The search for person-related information in general practice: a qualitative study   | (95)  |
| <b>Laue J. et al.</b>                            | 2016 | How do general practitioners implement decision-making regarding COPD patients with exacerbations? An international focus group study                        | (96)  |
| <b>McKinn S. et al.</b>                          | 2016 | Factors influencing general practitioners' decisions about cardiovascular disease risk reassessment: findings from experimental and interview studies        | (97)  |
| <b>Strumilo J. et al.</b>                        | 2016 | Combined assessment of clinical and patient factors on doctors' decisions to prescribe antibiotics   | (98)  |
| <b>Michiels-Corsten M. et Donner-Banzhoff N.</b> | 2018 | Beyond accuracy: hidden motives in diagnostic testing  | (99)  |
| <b>Tzartzas K. et al.</b>                        | 2019 | General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study  | (100) |
| <b>Moore A. et al.</b>                           | 2019 | General practitioners' attitudes and decision-making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study                   | (101) |
| <b>Smeets M. et al.</b>                          | 2019 | Think-aloud study about the diagnosis of chronic heart failure in Belgian general practice   | (102) |
| <b>Al-Azzawi R. et al.</b>                       | 2021 | Context and general practitioner decision-making - a scoping review of contextual influence on antibiotic prescribing  | (103) |
| <b>Simeoni M. et al.</b>                         | 2022 | Coping with 'the grey area' of antibiotic prescribing: a theory-informed qualitative study exploring family physician perspectives on antibiotic prescribing | (104) |

*Tableau 2: Tableau des résultats inclus dans l'étude*

## Les déterminants de la démarche décisionnelle

Les résultats de notre recherche nous ont permis de mettre en évidence des grands systèmes regroupant de nombreux déterminants de la démarche décisionnelle. Dans le but de proposer une présentation claire des résultats, nous distinguons ces systèmes en quatre catégories selon un code couleur : les déterminants du patient (orange), les déterminants du médecin (rouge), les déterminants relationnels (bleu) et les déterminants du contexte environnant (vert). Les déterminants retrouvés dans la littérature sont par la suite regroupés au sein de différentes typologies de déterminants.



*Figure 9: Les déterminants de la démarche décisionnelle*

## Les déterminants du patient

Les déterminants du patient sont répartis en deux grandes catégories : les déterminants biomédicaux et les déterminants psychosociaux et culturels.

- Les déterminants biomédicaux englobent les aspects liés à la situation de morbidité (présentation clinique et histoire médicale du patient) et les différentes dimensions de l'incertitude médicale (incertitude diagnostique, pronostique et gestion du cas).
- Les déterminants psychosociaux et culturels se réfèrent aux aspects liés à la situation psychologique, comportementale et sociale du patient ainsi qu'aux perspectives du patient concernant ses attentes, ses demandes, ses préférences ou ses priorités.

| <b>DÉTERMINANTS BIOMÉDICAUX DU PATIENT</b>   |
|--|
| <b>Situation de morbidité</b>  |
| <b>Présentation clinique</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Symptômes, syndromes et signes cliniques</b> (58,66,67,75,76,94,96,98)</li> <li>➤ <b>Tableau de maladie et diagnostic de maladie</b> (67,75,84,103)</li> <li>➤ <b>Signes paracliniques</b> (74,76,96)</li> <li>➤ <b>Gravité et sévérité</b> (67,74,79,84,101)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractère bénin, sévère ou grave, signes cliniques d'alarme</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Evolution clinique</b> (58,64,79,84,99,101)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution naturelle et évolution sous traitement (amélioration, persistance ou aggravation)</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Histoire médicale</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Antécédents</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents médicaux, épisodes antérieurs, hospitalisations et prise en charge antérieures (58,94–96)</li> <li>- Antécédents familiaux (58,66,97)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Comorbidités médicales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comorbidités (73,81,92,94,96), multimorbidité ou complexité (71,95,96,102,104)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Facteurs de risques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs de risque de maladie (74,97) comorbidités à risque (94), risques liés à une vulnérabilité (âges extrêmes, fragilité, soins palliatifs) (62,64,66,76,81,93,96,102) ou au genre (risque de grossesse, prise de contraception) (64,66,81)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Médication</b> (58,73,95,96)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médication habituelle et Co-médication</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Automédication</b> (58,98)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automédication (en possession du patient ou demandé à la pharmacie)</li> </ul> </li> </ul> |

## Incertitude médicale

- **Incertitude diagnostique** (75,76,80,96,99,101–104)
  - Incertitude diagnostique liée à la présentation clinique (manque de signes objectifs de maladie, symptômes limités, diffus ou évolutifs, présentation complexe) (64,87,96,100)
  - Risques de manquer un diagnostic grave (71,76,94)
- **Incertitude pronostique** (75,94)
  - Incertitude pronostique liée à l'évolution de l'état de morbidité, risque d'aggravation et de complications
- **Incertitude sur la gestion du problème** (62,64,76,100)
  - Incertitude liée à la gestion du cas, incertitude liée à la complexité clinique (complexité sociale et psychologique du patient)

## DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET CULTURELS

### Situation psychosociale et comportementale

#### Situation psychologique

- **Situation émotionnelle ou psychologique** (58,64,66,74–76,80,86,99,100)
  - Anxiété, stress ou inquiétudes en rapport à ses symptômes ou sa maladie, peur d'une maladie grave, souffrance psychologique
- **Ressources psychologiques du patient** (92)
  - Ressources psychologiques pour faire face aux soins
- **Conséquences psychologiques des décisions** (70,99,100)
  - Conséquences des décisions sur l'anxiété du patient, ses inquiétudes, son comportement de recours aux soins

#### Attitudes du patient, caractère ou personnalité

- **Attitudes du patient, caractère ou personnalité** (personnalité anxieuse, auto-exigeante, réaliste) (69,74,81,95,96)

#### Comportement du patient (70)

- **Motivation du patient** (63,79,84,92,97,102)
  - Patient renseigné, motivé ou sans motivation, prêt à s'engager aux soins
- **Observance du patient** (9,17,21)
  - Observance du patient aux soins ou au suivi
- **Fréquence de consultation et de recours aux soins** (62,66,75,84,95,96,103)
  - Consulte fréquemment ou peu fréquemment, recours répété aux soins

#### Connaissances, compétences et expériences du patient

- **Connaissances subjectives du patient** (62,65,96,103)
  - Connaissances acquises par l'expérience de sa maladie, connaissances subjectives de l'efficacité des traitements et des hospitalisations antérieures
- **Littératie en santé et empowerment** (92,103)
- **Insight du patient**
  - Dénier ou négligence par rapport à la maladie (79,84,95,101)
  - Capacité du patient à juger de ses besoins en santé, à acquérir des compétences, à évaluer les objectifs, à se prendre en charge ou faire face à la maladie ou aux soins (63,79,84,96)
- **Expériences subjectives en santé**
  - Expériences subjectives de la maladie ou de symptômes similaires (82,98)
  - Expériences subjectives de médication ou de soins (bénéfices et efficacité perçus, expériences positives ou négatives) (73,84,95,98)
  - Expérience subjective du patient avec d'autres professionnels de santé (88)

#### Représentations et croyances

- **Représentations et croyances en santé, sur la maladie ou sur les soins** (58,69,75)
  - Croyances sur la gravité perçue de ses symptômes témoignant d'une maladie grave (76,95,98), la performance des tests diagnostiques par rapport à l'examen clinique (74), l'effet et l'efficacité des médicaments (améliore ou nuit à sa santé) (65,70,75,80,92)

| <b>Origine ethnique et culturelle</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Origine ethnique et culturelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Influence de l'origine ethnique sur les attentes du patient, influence de facteurs culturels dans la présentation de la maladie (62), croyances culturelles et religion (69,81)</li> </ul> </li> </ul> |

| <b>Situation sociale</b>   |
|--|
| <b>Mode de vie (66,102)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Circonstances de logement et lieu d'habitation (63,68,70,75,94,95)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mode de logement, salubrité du lieu de vie, milieu rural et proximité du logement avec les structures de soins</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Habitudes de consommation (58,75,103)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes alimentaires, consommation de tabac et alcool</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Capacité et autonomie dans la vie quotidienne (95)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépendance pour les gestes quotidiens, moyens de déplacement (conduite automobile, transport public)</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Circonstances sociales et professionnelles</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Origine sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classe sociale, niveau de scolarisation ou d'éducation (62,64,68,81,84,95,103)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Situation professionnelle (58,63,66,68,81,87,93,95)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profession du patient, occupe un emploi ou non (chômage, démission), conditions de travail et circonstances professionnelles en rapport à l'état de morbidité</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Ressources financières (68,81,92,95)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressources financières, revenus et pensions</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Couverture sociale de santé (64,72,85,92,95,100,103)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Droits sociaux, assurance santé privée et coûts des soins pour le patient</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Situation sociale de précarité (101,103,104)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immigrant, personne âgée isolée, sans abri</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Entourage social et familial</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Environnement social (63,66,94,96,101)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence ou non d'entourage familial et de soutien, d'infirmières ou d'aides à domicile</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Influence de l'environnement social (70,76,84,98,103)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Influence de l'entourage du patient sur les croyances médicales, influence des expériences de symptômes similaires ou de médication de l'entourage du patient, influence de l'entourage sur la demande du patient</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Histoire personnelle</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Circonstances familiales et évènements de vie du patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séparation familiale, famille divisée, divorce, conflits avec un proche ou difficultés de couple, garde des enfants (64,68,84,95)</li> <li>- Expérience traumatisante dans l'enfance, problème avec la justice, décès (68,84,95)</li> </ul> </li> </ul>  |

## Perspectives du patient

- **Attentes du patient** (64,65,81,98,104)
  - Attentes d'avoir un rétablissement rapide, d'avoir un médicament (antibiotique)
- **Demandes du patient** (60,73–76,80,83,84,88,92,98–100,103)
  - Demande de médication, de tests diagnostiques ou d'être référé, demande d'aide
- **Préférences du patient** (71,78,79,84,85,91,95–97)
  - Préférences du patient concernant les alternatives de soins, les décisions de suivi, de référence ou de dépistage
- **Priorités du patient** (64,80)
  - Priorités du patient pouvant influencer les décisions (voyage de prévu, exigences professionnelles du patient)

## Les déterminants du médecin

Les déterminants du médecin sont formés par trois catégories : les déterminants de la pratique du médecin, les déterminants organisationnels et les déterminants sociaux et culturels du médecin.

- Les déterminants de la pratique du médecin sont relatifs aux aspects liés à la pratique du médecin. Ces aspects regroupent le jugement clinique et l'expertise du médecin, les connaissances, compétences et expériences, la conception et les approches de soins du médecin.
- Les déterminants organisationnels du médecin évoquent les dimensions en rapport au temps et à la charge de travail, ainsi qu'à l'organisation du travail et aux conditions d'exercice du médecin.
- Les déterminants sociaux et culturels du médecin regroupent les aspects liés à la perception de son rôle, de son autonomie professionnelle, à l'estime de soi et à l'état cognitif du médecin.

### DÉTERMINANTS EN RAPPORT A LA PRATIQUE DU MEDECIN

#### Jugement clinique et expertise

- **Jugement clinique et évaluation de la situation**
  - Besoins du patient et indication médicale (76,87,101,104)
  - Adéquation des soins à la situation du patient, adéquation des données probantes à la situation globale du patient (84,91)
- **Jugement et évaluation des priorités (72,79,102)**
  - Priorisation des problèmes et des besoins du patient, priorisation des différentes parties prenantes
- **Jugement et évaluation des conséquences des décisions**
  - Conséquences des décisions sur la santé du patient ou la situation psychologique, sociale et familiale, conséquences sur les ressources médicales (72,76,100)
  - Evaluation de bénéfices, des risques et balance bénéfice-risque (74,76,79,84,89,92,96,97,100–102,104)
- **Alternatives de soins ou de prise en charge (79,87,89,94,101)**
  - Rassurer, réévaluation ultérieure, prescription immédiate ou différée, avis de spécialistes ou références vers l'hôpital
- **Jugement clinique fondée sur l'expertise et le Gut-feeling (78,84,94,101)**
  - Gut-feeling (sentiment du médecin que quelque chose ne va pas, que quelque chose est nécessaire de faire)

## Connaissances, compétences et expériences

- **Perception de ses propres connaissances médicales** (60,85,91,94,102,104)
  - Perception de ses propres connaissances acquises par expérience ou intérêt particulier (confiance dans ses propres connaissances, perception des limites de ses connaissances)
- **Perception de ses propres compétences** (71,74,76,79,83,84,87,88,100,102,104)
  - Confiance et conscience de ses compétences cliniques, compétences de soins, compétences relationnelles, et conscience des limites de ses compétences
- **Expériences cliniques** (62,69–71,74,75,78,80,84,85,91,99,103)
  - Expériences cliniques antérieures positives et négatives (expérience de cas, expérience de cas graves, complications et évolution péjorative de cas, expérience avec les médicaments ou les soins, ou regret des décisions prises)
  - Limites de son expérience (manque d'expérience pour certaines situations ou maladies)
- **Expériences subjectives du médecin** (62,87,89,92,103)
  - Expérience subjective de maladie ou de médication du médecin

## Conception et approche des soins

- **Approche globale centrée sur le patient** (64,75,79,82,88,90,96,103,104)
  - Approche biopsychosociale et holistique des soins, implication du patient, prise en compte des circonstances sociales du patient
- **Approche biomédicale centrée sur la maladie** (90)
  - Médicalisation des problèmes psychosociaux, médication d'un traitement par pathologie
- **Approche paternaliste** (70,87)
  - Approche paternaliste des soins, savoir ce qui est le mieux pour le patient

## Habitudes et comportement habituel de pratique

- **Habitudes du médecin** (73,74,86,89,90,102,103)
  - Habitudes de prescription, style de pratique

## DÉTERMINANTS ORGANISATIONNELS DU MEDECIN

### Temps et charge de travail

- **Pression du temps au cours de la consultation** (62,64,69,72,75,76,78–80,82–84,86,87,90,99–101,103,104)
  - Manque de temps pour examiner, organiser ou assurer la prise en charge ambulatoire, convaincre ou donner des explications
- **Pression de la charge de travail** (60,65,75,90,101)
- **Délai en salle d'attente** (74,79,83,86,103)
  - Salle d'attente pleine, retard sur les rendez-vous, expression faciale ou mécontentement des patients en salle d'attente
- **Influence du moment de la journée ou de la semaine** (62,64,70,71,74,77,80,86,94,103)
  - Influence sur le jugement clinique du médecin, la mise en œuvre des preuves, les attentes du patient, la disponibilité de l'offre de soins, la charge de travail (lundis matin, vendredis soir, weekends, samedis matin, en fin de journée, en fin de consultation, en dehors des heures d'ouverture)

### Organisation du travail et conditions d'exercice

- **Disponibilité du médecin généraliste**
  - Disponibilité et délai de rendez-vous du médecin généraliste (agenda, créneau horaire, organisation de consultation plus longue ou de suivi régulier) (79,83)
  - Organisation du temps de travail (avec ou sans rendez-vous, temps de consultation, visite à domicile, consultation en urgence) (64,101)
- **Mode d'exercice et lieu d'exercice**
  - Influence du mode d'exercice (libéral, salarié, exercice en clinique) sur le temps, la continuité de la relation médecin-patient ou la volonté de satisfaire le patient (83,103,104)
  - Influence du lieu d'exercice en raison de la disponibilité des ressources médicales (exercice en milieu rural ou urbain) sur le comportement du médecin (78,83,86)
- **Mode de rémunération et incitations financières**
  - Influence du mode de rémunération et des incitations financières sur la relation médecin-patient, sur le comportement du médecin (82,83,86,99)

## DÉTERMINANTS SOCIAUX ET CULTURELS DU MEDECIN

### Attitudes, représentations et croyances du médecin

- **Représentations et croyances (69,75)**
  - Représentations et croyances sur la santé et la maladie (le corps élimine naturellement les maladies bénignes, les facteurs sociaux influencent le système immunitaire) (75,86,89)
  - Représentations et croyances sur les médicaments (représentations positives, optimisme ou scepticisme des médicaments, nocivité ou inutilité pour les affections bénignes) (86,89,90)
- **Attitude de tolérance ou d'intolérance à l'incertitude et aux risques (59,60,74,75,96,99,100)**
  - Agir ou utiliser le temps pour attendre et voir en cas d'incertitude
- **Attitude à l'égard des données probantes et de l'EBM (69,77,78,81)**
  - Utilité et amélioration des soins, contrainte, valeur limitée en soins primaires, ne prenant pas en compte la complexité des décisions
- **Attitudes du médecin à l'égard du patient ou de la demande du patient (60,80,84,103)**
  - Attitude orientée vers le service (mentalité de service)
- **Préjugés du médecin (64,70,74,80,90,97,103)**
  - Préjugés du médecin (sur les attentes du patient, sa capacité de compréhension en raison de l'appartenance sociale, la présentation clinique des symptômes, l'observance aux soins ou au suivi) et premières impressions du médecin sur le patient

### Perception de son rôle

- **Responsabilité auprès du patient (79,82,90)**
  - Rôle de défenseur du patient (défendre les intérêts du patient, être une source de soutien, prodiguer les meilleurs soins, faciliter l'accès aux soins ou accompagner le patient dans le parcours de soins)
- **Responsabilité des décisions de soins et de prescription (71,72,90)**
  - Rôle comme soignant et prescripteur (responsabilité de contrôler les soins et les prescriptions, réévaluation de l'ordonnance, prendre la responsabilité des soins sans référer pour se déresponsabiliser)
- **Responsabilité au sein du système de santé (79,101)**
  - Rôle ambulatoire dans le système de santé (assurer des soins ambulatoires, le suivi et la continuité des soins)
- **Responsabilité des ressources du système de santé (65,82,85,86,104)**
  - Rôle de gardien des ressources du système de santé (rationnement des soins, maîtrise des coûts et des dépenses pour le système de santé)

## Perception de son autonomie professionnelle

- **Perception de son autonomie décisionnelle par rapport au patient** (76,82)
  - Autonomie par rapport aux demandes du patient, garder le contrôle des soins sans se laisser dicter la conduite à tenir par le patient
- **Perception de son autonomie par rapport aux normes médicales** (78,80)
  - Autonomie dans les décisions par rapport aux recommandations cliniques, liberté dans les décisions de prescription
- **Perception de son autonomie par rapport aux normes règlementaires ou financières** (65,82)
  - Autonomie par rapport aux autorités de santé, aux incitations financières et rémunérations

## Estime du médecin

- **Perception de sa pratique et estime de soi**
  - Estime de soi en tant que médecin, légitimité professionnelle, satisfaction personnelle de sa pratique et professionnalisme (60,71,76,86,90)
  - Dévalorisation de sa pratique (avoir peu de contrôle sur les prescriptions, tenir un rôle de prescripteur, être un médecin trieux ou faire de la bobologie) (86,90,100)
- **Perception et estime par les pairs** (62,71,72,74,80,82,86,90,100,103)
  - Besoin d'approbation sociale, d'avoir une pratique conforme aux normes médicales, peur de paraître grand prescripteur, incompetent, critique envers les pairs ou de paraître sous influence de l'industrie pharmaceutique
- **Perception et estime par les patients** (80,82,89,100,103)
  - Peur d'être jugé sur ses connaissances ou ses compétences, de paraître incompetent, d'être discrédité aux yeux du patient, de perdre de la patientèle ou d'avoir mauvaise réputation

## État cognitif du médecin

- **Fatigue du médecin** (62,64,74,80,86,87,90,103)
  - Fatigue, démotivation, épuisement professionnel conduisant à moins s'investir dans sa pratique (investissement dans l'examen clinique, la communication avec le patient)
- **Humeur du médecin** (62,64,80,90,103)
  - Mauvaise humeur, avoir passé une mauvaise journée, impatience, stress
- **Confort lié à la prise de décision**
  - Peur et anticipation des regrets, se sentir à l'aise ou mal à l'aise dans la prise de décision, manque de confiance (70,71,96,99,101,103)
  - Réaction à l'incertitude et aux risques (stress, sentiment de doute ou d'insécurité, peur de négliger quelque chose, de faire une erreur) (80,90,100,102)

## Les déterminants relationnels

Les déterminants relationnels sont établis selon trois catégories : les déterminants de la relation médecin-patient, les déterminants de la relation avec les autres professionnels de santé et les déterminants de la relation avec l'entourage du patient.

- Les déterminants de la relation médecin-patient incluent les aspects de la communication entre le médecin et le patient, les déterminants en rapport à la singularité de la relation médecin-patient ainsi que les aspects liés à la négociation et au partage des décisions.
- Les déterminants de la relation avec les autres professionnels de santé regroupent les perspectives des autres professionnels de santé, les aspects liés à la communication et à la relation avec les autres professionnels de santé.
- Les déterminants de la relation avec l'entourage du patient englobent les perspectives de l'entourage du patient et les aspects de la relation avec l'entourage du patient.

| <b>DÉTERMINANTS DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT</b>   |
|--|
| <b>Communication</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Communication verbale du patient</b> (60,62,75,95,102)<ul style="list-style-type: none"><li>- Niveau de langage, formulation de la demande, barrière de la langue</li></ul></li><li>➤ <b>Communication non verbale du patient</b> (64,69,79,80,96)<ul style="list-style-type: none"><li>- Manière de présenter ses symptômes, gestuelle, pleurs, difficulté à marcher, à s'asseoir, expression d'anxiété ou de contrariété, habillement, accent, propreté</li></ul></li><li>➤ <b>Communication verbale du médecin</b> (69,70,88)<ul style="list-style-type: none"><li>- Éviter d'employer le mot « non », choix des mots employés pour présenter ou communiquer les preuves</li></ul></li><li>➤ <b>Communication non verbale du médecin</b> (74,80,103)<ul style="list-style-type: none"><li>- Rédiger une prescription pour mettre fin à la consultation, signifier la fin de la consultation, montrer au patient que sa demande ou que ses symptômes sont pris au sérieux</li></ul></li></ul> |
| <b>Relation de continuité</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Relation de continuité</b> (70,71,74,75,80,87,88,93,104)<ul style="list-style-type: none"><li>- Continuité ou manque de continuité (relation de longue date, nouveau patient)</li></ul></li><li>➤ <b>Connaissances du patient par le médecin</b> (61,70,95,96,102,103)<ul style="list-style-type: none"><li>- Connaissances ou manque de connaissances de l'histoire médicale ou personnelle du patient (état clinique habituel ou inhabituel, épisodes antérieurs de soins, comportement de recours aux soins, manière de présenter ses symptômes, personnalité)</li></ul></li></ul>   |

|  |
|--|
| <b>Relation de confiance</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Confiance mutuelle</b> (62,64,70,81,86,87,89,104) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation de confiance et confiance mutuelle (confiance ou non envers le médecin, confiance ou manque de confiance envers le patient ou ses propos)</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Investissement dans la relation médecin-patient</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Renforcer ou préserver la relation</b> (62,64,65,69,76,80,82,87–89,100) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaire ou rendre service au patient, éviter les plaintes, les conflits, éviter une rupture de suivi</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Investissement dans la relation médecin-patient</b> (62,71,80,83,89,90) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement du médecin dans la relation (porter de l'intérêt pour le patient, investissement dans les explications ou l'écoute du patient)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Comportement du patient à l'égard du médecin</b> (60,66,87,103,104) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient respectueux, exigeant, insatisfait, mécontent, en colère ou agressif</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Affects et empathie</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Affects mutuels</b> (62,63,65) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient apprécié ou non, médecin apprécié, patient comme source d'irritation</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Empathie du médecin</b> (86,87) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empathie, compassion du médecin, affecté par l'histoire du patient</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Respect et droit du patient</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Respect du consentement du patient</b> (85,96)</li> <li>➤ <b>Droit du patient et principe d'autonomie</b> (70,82)</li> </ul>   |
| <b>Argumentation et partage des connaissances</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Argumentation du médecin</b> (70,74,76,82,85,90,96,97) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Argumentation et rhétorique du médecin pour convaincre le patient (basée sur les éléments cliniques ou paracliniques, en faisant références aux réglementations et aux recommandations ou malgré l'absence de preuves, dans la manière de présenter les preuves, user d'autorité pour convaincre)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Information, explication et éducation</b> (64,75,76,85,86,104) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explication de la maladie et des soins, communiquer les preuves aux patients, éducation et responsabilisation du patient</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Partage et négociation des décisions</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Partage des décisions</b> (82,101)</li> <li>➤ <b>Négociation du médecin</b> (62,74,76,88,103) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laisser la porte ouverte à la demande du patient, garder en réserve la possibilité de répondre à la demande du patient, utiliser la prescription comme</li> </ul> </li> </ul>   |

un moyen de négociation, négocier en faisant référence à l'allocation des ressources, aux coûts, aux politiques et recommandations

## DÉTERMINANTS DE LA RELATION AVEC L'ENTOURAGE DU PATIENT

### Perspectives de l'entourage du patient

- **Préférences et demandes de l'entourage** (64,67,80,94,95,101)
  - Prise en compte des avis, des opinions ou des inquiétudes de l'entourage
- **Partage de la décision avec l'entourage** (94,101)
  - Partager la décision en impliquant l'entourage du patient

### Influence de la relation avec l'entourage du patient

- **Relation du médecin avec l'entourage du patient**
  - Relation de confiance avec l'entourage du patient (94)
  - Connaissances de l'entourage du patient (67)

## DÉTERMINANTS DE LA RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Perspectives des autres professionnels de santé

- **Attentes et demandes des autres professionnels de santé** (60,76,83,88)
- **Avis et recommandations des autres professionnels de santé** (60,64,71,74,76,91,94,100)
  - Avis des pairs sur une situation clinique, avis des infirmières sur le patient, recommandations des médecins hospitaliers
- **Décisions des autres professionnels de santé** (62,65,85,88,91)
  - Décisions et prescriptions d'autres professionnels de santé, prescription initiée par d'autres spécialistes ou à l'hôpital

### Influence de la relation avec les autres professionnels de santé

- **Echanges et interactions professionnelles** (83,90,91,104)
  - Interaction ou manque d'échanges avec les autres professionnels de santé (partage d'informations, de connaissances, d'expériences, conseils)
- **Communication avec les autres professionnels de santé** (60,79,91,100)
  - Communication directe ou indirecte (discussion informelle de cas, appel téléphonique, courrier, réunion)
- **Connaissances des autres professionnels de santé par le médecin** (60,100)
  - Connaître personnellement les autres professionnels de santé, connaître leurs attentes
- **Relation de confiance avec les autres professionnels de santé** (70,80,90,92,102)
  - Relation de confiance (confiance dans l'expertise ou les compétences des autres professionnels de santé, manque de confiance envers les autres professionnels de santé)
- **Collaboration avec les autres professionnels de santé** (64,83,90,96)
  - Impliquer et collaborer avec d'autres professionnels de santé (continuité et coordination des soins)

## Les déterminants du contexte

Les déterminants du contexte sont divisés en trois grandes catégories : les déterminants du système de santé, les normes médicales, les normes sociétales et environnementales.

- Les déterminants du système de santé abordent des thèmes liés aux ressources médicales du système de santé, aux contraintes réglementaires et aux politiques de santé.
- Les normes médicales concernent les aspects en rapport aux données de la Science, à l'influence de l'industrie pharmaceutique, mais aussi à la formation et la culture médicale.
- Les normes sociétales regroupent les influences de la société en termes d'attentes et d'exigences sociétales, mais également en lien aux représentations et croyances sociétales. Un autre aspect des normes sociétales est relatif à l'influence des médias avec l'accès généralisé à l'information et au contexte environnemental.

| <b>DÉTERMINANTS DU SYSTÈME DE SANTE</b>  |  |
|--|--|
| <b>Ressources du système de santé</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Accès et disponibilité des ressources médicales</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Accès et disponibilité des médicaments, des tests diagnostiques, des structures de soins, proximité et délai de rendez-vous auprès d'autres professionnels de santé (60,71,72,74,76–80,83,90,92,94,96,101,103,104)</li><li>- Organisation du système de santé du secteur public ou du secteur privé, organisation du réseau ambulatoire (76,92,96,101)</li><li>- Qualité de l'offre de soins (92,94)</li><li>- Accès aux informations médicales (dossier médical électronique) (104)</li></ul></li><li>➤ <b>Coûts pour le système de santé</b> (62,69,73,74,76,82,86,93,102,103)<ul style="list-style-type: none"><li>- Coûts des médicaments ou des soins et remboursements des soins par le système de santé, maîtrise des dépenses, délégués de l'assurance maladie</li></ul></li></ul> |  |
| <b>Contraintes réglementaires</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Réglementation des autorités de santé et gouvernementales</b> (75,82,90)<ul style="list-style-type: none"><li>- Réglementation en matière de prescription, de remboursement ou de régulation des médicaments</li></ul></li><li>➤ <b>Contraintes médico-légales et administratives</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Risques et conséquences médico-légales en matière de litiges avec le patient (60,72,74,76,80,90,92,100,101,103)</li><li>- Contraintes administratives associées aux certificats, aux soins, aux demandes de pension ou d'indemnisation (bureaucratie, tâches administratives, justification auprès de la sécurité sociale ou auprès de l'assurance privée) (72,76,87,99)</li></ul></li></ul>   |  |

## Politique de santé

- **Politique locale de santé (structure de soins locale)** (75,91,100)
  - Politique locale de prescription, identité de groupe, organisation de la structure, travail d'équipe et standard de pratique fondé sur des preuves
- **Politique de santé gouvernementale** (104)
  - Campagnes gouvernementales d'information, brochures d'information

## DÉTERMINANTS EN RAPPORT AUX NORMES MÉDICALES

### Données de la science

- **Recommandations cliniques et données des médicaments issues des preuves** (62,64,70,73,75,76,78,82,85,86,89,91,92,94,97,100,104)
- **Outils d'aide à la décision** (94)

### Influence de l'industrie pharmaceutique sur la pratique

- **Influence de l'industrie pharmaceutique** (62,78,89–91,93)
  - Relation avec l'industrie pharmaceutique (visiteurs médicaux, financements et invitations)

### Influence de la formation et de la culture médicale

- **Formation médicale** (70,71,86,89,90,100)
  - Formation médicale initiale ou continue, lecture critique d'articles, revues médicales
- **Culture médicale** (86,90,103)
  - Culture médicale de médicalisation, culture de prescription ou de restriction

## DÉTERMINANTS EN RAPPORT AUX NORMES SOCIÉTALES ET ENVIRONNEMENTALES

### Influences sociétales

- **Influence des attentes et des exigences sociétales**
  - Exigences sociétales sur le patient (pression du marché du travail, travail des deux parents, pression économique, rentabilité) (80,89)
  - Exigences sociétales sur le médecin (compétences, professionnalisme, rôle de prescripteur) (72,89)
- **Influence de la société de consommation** (65,74,80,82,89)
  - Comportement consumériste de recours aux soins, demandes consuméristes
- **Représentations et croyances sociétales** (80,89,103)
  - Représentations et croyances sur la maladie (source de peur, d'anxiété), confiance dans les médicaments ou dans la médecine
- **Influence des médias et de l'accès généralisé à l'information** (69,80,85,89,103)
  - Accès à l'information dans les médias, sur internet

### Environnement

- **Contraintes et conséquences environnementales** (75,85,104)
  - Antibiorésistance, pollution des médicaments

# DISCUSSION

---

## 1. Résumé des principaux résultats et discussion

Les objectifs de notre revue de littérature étaient de mettre en évidence les différents déterminants qui peuvent être impliqués dans la démarche décisionnelle et de présenter une typologie des déterminants retrouvés dans la littérature. Les résultats de notre recherche nous ont permis de répertorier des déterminants que nous avons regroupés au sein des catégories suivantes : les déterminants du patient, les déterminants du médecin, les déterminants relationnels et les déterminants du contexte. Les différents déterminants regroupés en catégories ont été classés par typologie et présentés à partir d'une présentation sous forme de tableaux descriptifs.

Notre recherche montre que les déterminants de la prise de décision sont multiples et qu'ils peuvent concerner des déterminants cliniques et non cliniques. D'autre part, un autre aspect des résultats montre que les déterminants retrouvés dans la prise de décision et la démarche décisionnelle peuvent interagir et s'influencer mutuellement. Cette tendance pourrait expliquer la complexité même de la prise de décision dans le contexte des soins primaires.

De manière générale, les résultats de notre étude suggèrent que la démarche décisionnelle du médecin généraliste implique de multiples déterminants extrinsèques, émanant du patient, du contexte environnant et des interactions sociales avec le patient, son entourage ou les autres professionnels de santé impliqués. Ces diverses influences entrent en relation avec des déterminants intrinsèques du médecin, relatifs à sa propre pratique médicale, à des déterminants sociaux, culturels et au contexte spécifique dans lequel il exerce sa pratique.

### Les déterminants du patient

Les déterminants du patient regroupent des déterminants médicaux, mais aussi non médicaux. Ainsi, la présentation clinique et les caractéristiques cliniques vont orienter les décisions, tout en prenant en compte des déterminants en rapport à l'incertitude médicale inhérente à la pratique clinique. De ce fait, la présentation clinique sous forme de symptômes, syndromes, tableaux de maladie et diagnostic de maladie, ainsi que les caractéristiques liées à la gravité et l'évolution de l'état de morbidité constituent un des aspects des déterminants biomédicaux qui peuvent influencer les décisions. Dans le cas où la présentation clinique peut se limiter à un symptôme ou un syndrome, prendre en compte l'incertitude médicale et considérer les risques potentiels d'une situation de morbidité sont des éléments déterminants. Les résultats de notre étude suggèrent que

l'incertitude médicale et les risques liés à l'incertitude diagnostique, l'incertitude pronostique ou l'incertitude de gestion du problème, sont des déterminants qui peuvent avoir une influence dans les décisions.

Au-delà des aspects biomédicaux, des déterminants peuvent être en rapport au comportement, à la personnalité ou aux représentations et croyances du patient. D'autres déterminants intègrent les aspects liés aux ressources intimes du patient, en rapport à ses connaissances, ses compétences et ses expériences. Cela consiste à prendre en considération les connaissances médicales, les expériences passées, ainsi que les compétences du patient en termes de littératie, d'insight ou dans sa capacité à se prendre en soins en autonomie. **La capacité des patients à se prendre en soins et à mobiliser leurs propres ressources personnelles peut également être discutée à partir du concept de carré de White. Le carré de White décrit l'utilisation des soins de santé par les patients et permet de visualiser l'écologie des soins médicaux. Sur 1000 patients présentant des symptômes, 250 consultent en soins primaires et 15 sont adressés en soins secondaires ou à un centre hospitalier (105). Ainsi, une proportion de patients symptomatiques ne consulte pas de médecins et peuvent se soigner eux-mêmes.**

Dans un second temps, d'autres déterminants regroupent un ensemble complexe d'aspects liés à la singularité du patient en tant qu'individu à part entière, de par son vécu, son histoire personnelle, son origine ethnique, sociale ou culturelle. La situation personnelle (circonstances sociales, professionnelles, mode de vie) ainsi que l'environnement social et familial dans lequel le patient évolue, constituent des déterminants qui peuvent influencer les décisions. Ainsi, l'ensemble des déterminants du patient suggère que les décisions ne se prennent pas qu'en fonction de la situation de morbidité, mais qu'elles englobent la situation globale du patient.

### Les déterminants du médecin

Le jugement clinique du médecin, fruit de son expertise et de la perception de la situation, constitue le pivot autour duquel s'articulent les décisions à venir. Cela implique un jugement sur les priorités et les besoins du patient, qu'elles soient médicales, psychologiques ou sociales. Le jugement clinique peut porter sur plusieurs aspects de la situation (indication médicale, évaluation des bénéfices, des risques et balance bénéfice-risque, alternatives de décisions ou conséquences des décisions). **D'autres résultats montrent le fait de juger que quelque chose ne va pas, ou que quelque chose est nécessaire de faire, peut être fondée sur la notion de « Gut-feeling », qui peut s'apparenter à une stratégie non analytique permettant d'orienter les décisions.**

Au-delà du jugement clinique, les propres préjugés du médecin sur les patients, mais aussi ses propres représentations et croyances sur la maladie ou la thérapeutique peuvent influencer sa

perception et son comportement. La perception que le médecin a de ses propres connaissances, de ses compétences et de son expérience, joue un rôle déterminant dans sa démarche décisionnelle. Ces éléments internes, voire intimes, contribuent à forger la confiance en ses capacités à prendre des décisions affirmées et faire des choix sur la prise en soins du patient.

D'une manière générale, la démarche décisionnelle peut être façonnée par la manière dont le médecin généraliste appréhende et conçoit les soins qu'il dispense, d'une approche globale centrée sur le patient, à une approche centrée sur la maladie ou une approche paternaliste. **Cependant, en matière de démarche décisionnelle, l'approche des soins peut être en lien avec la perception du médecin de son propre rôle, de la place qu'il tient dans le système de santé et de l'estime qu'il a de sa propre pratique.** La perception de son rôle peut avoir une influence sur sa pratique et les décisions qui en découlent. Cela implique les notions de responsabilité et de responsabilisation dans son rôle (responsabilité des ressources du système de santé, responsabilité auprès du patient ou des soins ambulatoires). De plus, la façon dont le médecin généraliste perçoit son autonomie décisionnelle et estime sa propre pratique peut jouer un rôle dans la manière dont il exerce et prend des décisions médicales. Percevoir sa pratique comme étant professionnelle ou se sentir satisfait de son travail peut avoir un impact sur la manière dont le médecin prend et assume ses responsabilités. A l'inverse, une vision péjorative de sa propre pratique peut se traduire par un manque de motivation, une déresponsabilisation de son rôle, voire un épuisement professionnel. Sur le même principe, les aspirations du médecin généraliste à une autonomie décisionnelle, par exemple vis-à-vis des normes médicales, des incitations financières, voire de la demande du patient peuvent influencer sur sa pratique et jouer un rôle dans sa démarche décisionnelle.

Les déterminants organisationnels du médecin se réfèrent aux conditions de travail, aux conditions d'exercice et à leurs retentissements sur le médecin. Ces déterminants peuvent influencer la pratique du médecin et les décisions qu'il prend. Manquer de temps, avoir une importante charge de travail ou une salle d'attente pleine, peuvent être des déterminants organisationnels exerçant des pressions sur le médecin. Ces pressions externes peuvent non seulement impacter les conditions de travail, mais aussi se répercuter sur le processus décisionnel du médecin. Selon le moment de la consultation, les décisions peuvent fluctuer et traduire une modulation du jugement clinique du médecin ou une perception différente de la situation et s'observer par une variation dans le comportement ou dans la mise en œuvre des preuves. **Les décisions du médecin peuvent être influencées par le moment de la consultation, par exemple un lundi matin lors d'une période de surcharge de travail, de retard dans la consultation, ou un vendredi soir en fin de consultation dans un contexte d'état de fatigue, de contraintes liées à la disponibilité des ressources médicales**

ou à la possibilité de réévaluer le patient. Pour cela, il est important de prendre en considération le moment de la consultation mais également le fait que l'état cognitif du médecin peut avoir une influence sur la démarche décisionnelle. En effet, l'état de fatigue, l'humeur ou le fait de se sentir en situation d'inconfort au cours de la consultation peuvent influencer la manière dont le médecin prend des décisions.

### Les déterminants relationnels

Les déterminants relationnels englobent les différentes interactions sociales de la relation médecin-patient, la relation avec l'entourage du patient ou la relation entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé. Les différentes perspectives des parties prenantes impliquent de prendre en considération des déterminants en lien aux attentes, aux demandes et aux préférences. Tenir compte des demandes et des préférences du patient revêt d'une importance essentielle dans le processus décisionnel afin d'assurer une compréhension du point de vue du patient et encourager un climat propice à une négociation ou un partage des décisions. La prise en compte des perspectives de l'entourage du patient peut permettre de mieux appréhender le contexte dans lequel le patient évolue. De la même manière, les avis et les recommandations des autres professionnels de santé peuvent permettre d'éclairer les décisions médicales.

Dans la relation médecin-patient, cela passe par des aspects relationnels en rapport à la communication entre le médecin et le patient (verbale et non-verbale). La continuité de la relation médecin-patient en médecine générale favorise une connaissance du patient et le développement d'une relation de confiance. Cette relation peut créer des affects mutuels entre le patient et le médecin et influencer la prise de décision. De plus, la connaissance du patient par le médecin peut être une source particulièrement précieuse d'informations pour la gestion des soins et influencer par la suite sur la communication qui a lieu lors de la consultation. Ces déterminants relationnels peuvent souligner l'importance des différents aspects de la relation médecin-patient dans la démarche décisionnelle. Le concept de compagnie d'investissement mutuel décrit par Balint met en lumière la singularité de la relation médecin-patient en médecine générale à travers le développement de liens particuliers tout au long de la relation (106). La relation de continuité qui se construit, conduit ainsi à l'écriture d'une histoire commune et partagée entre le médecin et le patient (2).

De même, les interactions avec les autres professionnels de santé peuvent avoir une influence dans le processus décisionnel du médecin. Que ces échanges se fassent sous forme d'une communication formelle ou informelle, les avis des autres professionnels de santé et la facilité à communiquer mutuellement peuvent influencer les décisions du médecin. La confiance entre le

médecin généraliste et les autres professionnels de santé peut ainsi faciliter une forme de collaboration afin d'assurer la continuité des soins.

### Les déterminants du contexte

Notre recherche a montré que les décisions sont étroitement liées à l'environnement contextuel dans lequel le décideur opère. Nous distinguons un ensemble de déterminants inhérents au système de santé, aux normes médicales ou aux enjeux sociétaux et environnementaux plus vastes, qui tiennent compte des réalités et des contraintes dans lesquelles les médecins généralistes évoluent. Les déterminants du système de santé regroupent différents aspects liés à l'offre de soins (disponibilité de l'offre de soins, coûts, délais d'accès et organisation du système de santé). Par ailleurs, les données issues de la science s'intègrent dans la démarche décisionnelle du médecin généraliste pour prendre des décisions médicales fondées sur les preuves. Ces normes médicales offrent une base scientifique pour guider les décisions médicales, tandis que les normes réglementaires fournissent le cadre réglementaire et médico-légal dans lequel les décisions médicales sont prises. Les politiques de santé et les relations qu'entretiennent les professionnels de santé avec l'industrie pharmaceutique peuvent aussi jouer un rôle dans la démarche décisionnelle, par une sensibilisation ou une incitation à modifier le comportement du médecin.

En cela, l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la démarche décisionnelle du médecin comporte plusieurs aspects. D'une part, elle concerne la relation entre le médecin et l'industrie pharmaceutique (visiteurs médicaux, invitations et financements), et d'autre part, les représentations positives ou négatives qu'entretiennent le médecin à l'égard de l'industrie pharmaceutique (confiance ou méfiance à l'égard de l'industrie pharmaceutique, fiabilité ou scepticisme dans l'information issue de l'industrie pharmaceutique).

D'autres influences externes peuvent concerner la formation médicale et la culture médicale. Cela peut conduire à une pratique médicale fondée sur une culture de prescription ou de médicalisation des symptômes, dans une « logique de réparation » par le médicament, contrastant avec une « logique de restriction » qui favorise les soins non médicamenteux. À une autre échelle, les influences en termes d'attentes et d'exigences sociétales, la société de consommation, ainsi que les représentations et croyances sociétales peuvent avoir une influence dans la démarche décisionnelle, tout comme l'influence de la médiatisation et de l'accès généralisé à l'information.

## 2. Implications en médecine générale

### Implications pédagogiques pour l'enseignement en médecine générale

Les résultats retrouvés montrent que la démarche de prise de décision du médecin généraliste prend en considération à la fois des déterminants cliniques et non cliniques, englobant des dimensions plus larges que celles en rapport aux éléments biomédicaux du patient. Dans l'idée de résoudre le problème du patient, cela consiste à prendre des décisions qui tiennent compte d'une vision globale de la situation, sans restreindre l'espace du problème aux éléments biomédicaux. L'enseignement en médecine générale met l'accent sur les déterminants biopsychosociaux du patient et sur un diagnostic de situation centré sur le patient, tandis que nos résultats révèlent que d'autres déterminants influencent également les décisions médicales. En effet, les déterminants du contexte, tels que les ressources disponibles et les contraintes du système de santé, ainsi que les déterminants relationnels, comme la communication et la relation de confiance entre le médecin et le patient, jouent un rôle qui peut être crucial au moment de prendre une décision. De plus, les déterminants liés au médecin généraliste lui-même, notamment son expérience, la perception de son propre rôle dans le système de soins ou son état d'esprit au moment de prendre des décisions peuvent également avoir un impact sur la démarche décisionnelle. Les décisions qui en découlent tiennent ainsi compte de la singularité du patient et du médecin, du colloque singulier de la rencontre et du contexte environnant. La singularité du patient, mais aussi celle du médecin généraliste, est marquée par des aspects subjectifs, internes, voire intimes. La Société Française de Médecine Générale parle en cela de normes intimes du patient et de normes intimes du médecin, qui caractérisent au mieux cette singularité.

Il apparaît ainsi que la prise de décision du médecin généraliste est un processus multifactoriel et multidimensionnel, qui va au-delà des simples considérations biopsychosociales du patient et qui prend en compte des déterminants qui peuvent être liés également au contexte, au médecin ou aux aspects relationnels. Cette complexité souligne l'importance de prendre en compte la variété des déterminants en jeu pour analyser et comprendre les décisions prises notamment dans la présentation des cas de GEPRI.

### Implications pour la recherche et la pratique en médecine générale

#### *Les déterminants cognitifs du médecin*

Les résultats de notre étude mettent en lumière l'influence des déterminants liés aux aspects cognitifs sur la démarche décisionnelle du médecin. Ces déterminants peuvent concerner des

notions ou des concepts qui nécessitent une clarification conceptuelle et terminologique. Dans nos résultats, le jugement clinique du médecin englobe différents aspects liés à la priorisation des besoins, l'évaluation des bénéfices et des risques, la balance bénéfice-risque ou un jugement sur les différentes alternatives possibles. Cela implique la mise en œuvre d'un processus cognitif basé sur des éléments liés à la perception et à l'évaluation de la situation, mais aussi à l'intégration des connaissances, des compétences et des expériences subjectives du médecin. **Le concept de jugement clinique du médecin est complexe et pourrait nécessiter des recherches complémentaires afin de mieux comprendre l'influence des déterminants cognitifs du médecin sur la prise de décision.**

De plus, les notions de préjugés et de premières impressions du médecin généraliste que nous avons identifiées dans nos résultats, montrent leur rôle potentiel dans la démarche décisionnelle du médecin et peuvent susciter des éléments de discussion. Les préjugés du médecin, qu'ils soient conscients ou inconscients, peuvent influencer la manière dont le médecin évalue et interprète la situation pour prendre des décisions. Ces préjugés peuvent être basés sur divers déterminants, tels que l'apparence, l'origine ethnique, la situation socio-économique ou les comportements perçus du patient. Ces préjugés peuvent influencer l'évaluation et l'interprétation de la situation, et être potentiellement une source de biais.

De même, les impressions initiales formées dans les premiers instants de la rencontre entre le patient et le médecin peuvent conduire à des biais de confirmation, où le médecin cherche des informations qui confirment ses premières impressions, tout en négligeant ou en minimisant celles qui les contredisent.

D'un point de vue fonctionnel, les préjugés, mais aussi les habitudes de prescription, peuvent agir comme des automatismes ou des raccourcis mentaux liés à des heuristiques. **Ces mécanismes cognitifs peuvent s'inscrire dans un mode de pensée rapide associé à une stratégie non analytique liée au système 1, tel que décrit par Daniel Kahneman, et permettant de prendre une décision de manière rapide (107).** Ainsi, l'influence des heuristiques dans la prise de décision peut se traduire par une modulation du jugement clinique du médecin en raison des contraintes du contexte environnant, des préjugés personnels du médecin ou de sa perception subjective des déterminants de la décision. Cela peut conduire à une sous-estimation ou une surestimation de certains déterminants et constituer une source potentielle de biais dans la prise de décision.

La démarche décisionnelle en médecine générale peut également être interprétée du point de vue de la théorie de la rationalité limitée de Herbert Simon (108). Cette théorie souligne qu'étant donné que les décisions peuvent être prises dans des conditions d'incertitude, de contraintes cognitives ou contextuelles, cela peut conduire à prendre une décision satisfaisante plutôt que de chercher la solution optimale. Les médecins généralistes sont confrontés à l'incertitude médicale, à des

contraintes de temps, à des informations constantes et parfois incomplètes, ainsi qu'à des ressources médicales limitées, qui peuvent conduire à des conflits décisionnels, des tensions internes ou des dilemmes dans la prise de décision. Cela peut conduire le médecin généraliste à adopter des stratégies de prise de décision dans le but d'aboutir à une décision satisfaisante pour l'ensemble des parties prenantes. De ce fait, la démarche décisionnelle en médecine générale peut mener à des processus décisionnels qui prennent la forme d'un partage des décisions ou d'une négociation des décisions. **On peut observer ainsi une différence entre la mise en œuvre des recommandations et la pratique. Ainsi, les décisions médicales ne se prennent pas uniquement en fonction des recommandations cliniques mais elles prennent en considération des perspectives relatives par exemple, aux préférences du patient ou à l'accès et la disponibilité des ressources médicales.**

#### *Les déterminants sociaux et comportementaux du médecin*

Un autre aspect de nos résultats qui mérite une attention et ouvre la voie à une discussion, concerne les déterminants sociaux et comportementaux. Nous avons trouvé que ces déterminants sont complexes et peuvent influencer la démarche décisionnelle. En ce qui concerne le médecin, les déterminants et les influences qui sont impliqués dans la démarche décisionnelle peuvent être interprétés à partir du cadre proposé par la théorie du comportement planifié de Icek Ajzen (109). La théorie du comportement planifié propose que le comportement soit directement influencé par l'intention comportementale, qui elle-même est déterminée par trois composantes principales : les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu par le sujet.

Nos résultats ont mis en évidence certaines typologies de déterminants qui peuvent être expliquées à partir de la théorie du comportement planifié :

- Les attitudes du médecin (à l'égard de déterminants en rapport à l'incertitude et au risque, à la pratique de l'Evidence Based-Medicine ou à l'égard du patient)
- Les normes subjectives du médecin liées aux représentations, aux croyances et leurs influences externes (données de la science, industrie pharmaceutique, formation et culture médicale, influences sociales et sociétales)
- Le contrôle comportemental perçu qui peut être en lien avec la perception du médecin sur les différents aspects de sa pratique (**perception de son rôle, perception de son autonomie décisionnelle, sa propre perception et estime de soi, perception des contraintes réglementaires**)

L'ensemble de ces déterminants peut donner des pistes de réflexion sur le rôle du comportement du médecin dans la démarche décisionnelle et les décisions qui en découlent. Par exemple, le médecin généraliste peut avoir une attitude positive envers les recommandations cliniques

(attitude), et percevoir une forte influence de ses pairs ou de la société pour avoir une pratique professionnelle qui respecte les données de la science (norme subjective). Cependant, la perception de son autonomie professionnelle par rapport aux normes médicales ou les contraintes de l'offre de soins (contrôle comportemental perçu) peuvent influencer les décisions du médecin. De plus, la relation médecin-patient ajoute une autre couche de complexité, où les déterminants relationnels en lien avec la communication, la relation de continuité et de confiance, et les affects mutuels peuvent influencer la démarche décisionnelle.

Ainsi, l'étude des différents déterminants de la démarche décisionnelle en médecine générale nous permet de mieux comprendre les différents enjeux et les défis auxquels le médecin généraliste peut être confronté au quotidien. La mise en lumière des déterminants et des typologies de déterminants peut ouvrir de nouvelles pistes de recherches sur les processus cognitifs de prise de décision du médecin généraliste, par une étude de la signification des heuristiques de décision et des biais cognitifs en médecine générale. Notre travail ouvre également la voie à des pistes de recherches sur les aspects sociaux et comportementaux impliqués dans la démarche décisionnelle.

De plus, les nombreux déterminants que nous avons identifiés concernent aussi bien le patient, le médecin, la relation médecin-patient que le contexte environnant. Cependant, une étude des différents déterminants en termes de poids relatif et d'influence respective dans la démarche décisionnelle pourrait offrir une compréhension approfondie de leur rôle dans la démarche décisionnelle.

### **3. Forces et limites de l'étude**

Notre présente étude a permis de lister et catégoriser un ensemble de déterminants pouvant être pris en compte dans la démarche décisionnelle du médecin généraliste. L'originalité de ce travail réside dans la mise en perspective des différents déterminants en jeu afin d'offrir une vision d'ensemble et de rendre compte de la complexité des décisions prises en médecine générale. Cette vue d'ensemble donne un aperçu sous plusieurs angles des différentes parties prenantes de la décision, du point de vue du patient, de l'entourage social du patient, du médecin généraliste ou des autres professionnels de santé, mais aussi en fonction du contexte des soins primaires. Ces déterminants peuvent avoir des perspectives qui divergent et être susceptibles de donner lieu à des dilemmes, des inconforts ou être à l'origine de conflits décisionnels au moment de la prise de décision. En comprenant la complexité de ces interactions, nous pouvons mieux appréhender les défis auxquels le médecin généraliste peut être confronté dans sa démarche décisionnelle. Notre

travail encourage ainsi une réflexion sur la complexité des processus décisionnels en jeu et une réflexivité sur notre propre pratique médicale.

En couvrant une période étendue dans notre revue, nous faisons le lien entre des données empiriques et des travaux sociologiques. Cependant, l'inclusion d'articles provenant de sources de langue anglaise ou française peut potentiellement introduire un biais de publication. La sélection des articles a été effectuée par un seul auteur et peut introduire un biais de sélection.

Les résultats de notre étude ont permis de collecter un nombre important de déterminants, mais l'exhaustivité des résultats pourrait être restreinte pour plusieurs raisons. Les résultats obtenus peuvent être limités par l'étendue du sujet abordé et la complexité inhérente à la prise de décision. Il est possible que certains déterminants n'aient pas été identifiés au cours de notre étude. De plus, le regroupement thématique et conceptuel a parfois été limité par les différentes dimensions possibles et le caractère transversal dans lesquels les déterminants peuvent être expliqués, par exemple en ce qui concerne le concept d'incertitude médicale ou de temps. De ce fait, la catégorisation des déterminants peut induire une subjectivité de l'auteur, et la présentation sous forme de tableaux peut limiter le lecteur à une interprétation séquentielle et linéaire de la démarche décisionnelle qui ne reflète pas la réalité des processus décisionnels en jeu.

# CONCLUSION

---

À travers une revue de littérature, nous avons identifié des déterminants et des typologies de déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle dans le contexte spécifique de la médecine générale. La mise en évidence de ces déterminants et des influences possibles sur la prise de décision du médecin met en lumière la complexité inhérente du processus décisionnel en jeu. Cette complexité découle de la diversité des déterminants cliniques ou non cliniques qui peuvent interagir mutuellement. Parfois, des perspectives divergentes peuvent se former et donner lieu à des dilemmes au moment de prendre une décision. Il ressort de notre recherche que la prise de décision en médecine générale est façonnée par des déterminants provenant de différentes sources : le patient lui-même, le contexte environnant, les caractéristiques individuelles du médecin généraliste et les interactions relationnelles qui entourent la démarche clinique. Ces déterminants jouent un rôle essentiel dans la formulation d'une décision médicale qui tient compte de la complexité et de la globalité de la situation.

Dans cette perspective holistique, la démarche clinique du médecin consiste avant tout à établir un diagnostic de la situation pour prendre des décisions adaptées. Ainsi, la démarche décisionnelle du médecin généraliste est étroitement liée à la démarche diagnostique qui la précède.

Par l'étude des différents déterminants de la démarche décisionnelle en médecine générale, notre étude vise à stimuler une réflexion sur nos propres pratiques médicales. **Comprendre ces déterminants et ces influences peut nous aider à améliorer notre capacité à prendre des décisions éclairées et à fournir des soins de qualité aux patients qui tiennent compte des différents déterminants et influences possibles. Dans cette perspective, notre travail pourrait ouvrir la voie à une compréhension approfondie des déterminants de la démarche décisionnelle en envisageant des recherches ultérieures sur le poids et l'impact des différents déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle.**

# RÉFÉRENCES

---

1. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA EUROPE (La société Européenne de médecine générale – médecine de famille. La définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002;
2. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud: Global media santé; 2015. (Le plaisir de comprendre).
3. McWhinney I. The importance of being different. *British Journal of General Practice*. 1996;
4. Aubert J. *Revue Médicale Suisse : Médecine générale : complexités et incertitudes*. *Revue Médicale Suisse*. 2009;5(214):1680-1.
5. Stalder H. *Revue Médicale Suisse : Médecine générale – pensée linéaire et complexité*. *Revue Médicale Suisse*. 2006;2(80):2150-3.
6. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation, L'approche systémique en médecine générale. *Rev Prat Méd Gén.*; 2004; 674; 1482-6.
7. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. Saint-Cloud: Global média santé; 2020.
8. Ourabah R, Gonthier R, de Bourguignon C, Jaury P, Larangot-Rouffet C, Bréart G. Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. mars 2018;202(3-4):511-9.
9. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
10. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris Louvain-la-Neuve: L'Harmattan CIACO ed; 1988. (Catalyses).
11. Gelly J, Janczewski A. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *exercer* 2014;112(suppl 1):S6-S7;
12. Gerrity MS, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *American Journal of Sociology*. janv 1992;97(4):1022-51.
13. La médecine générale: si vous saviez ! : un portrait par l'Observatoire de la médecine générale. Global média santé; 2022.
14. Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2012;11(3):158-63.
15. Strobel CJ, Oldenburg D, Steinhäuser J. Factors influencing defensive medicine-based decision-making in primary care: A scoping review. *Evaluation Clinical Practice*. 26 nov 2022;jep.13799.
16. Vincent YM, Morichon C, Grocq T, Leveque C. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. *EXE*. 1 oct 2022;33(186):340-6.
17. Société Française de Médecine Générale : Démarche décisionnelle [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfmng.org/theorie\\_pratique/demarche\\_decisionnelle/](https://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/)
18. Duhot D, Clerc P. L'incertitude en médecine générale : Comment la réduire. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 20 nov 2007;21:1077-8.
19. Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Faculté de Médecine de Poitiers; 2011.
20. Caire Fon N, Sanche G. Je pense, donc je soigne. Les dessous de la décision clinique. *Le Médecin du Québec*. 2010;45(5).
21. Kandel O, Duhot D, Véry G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La Revue du Praticien*. 2004;18(656/657).
22. Kattan MW, Cowen ME, éditeurs. *Encyclopedia of medical decision making*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications; 2009. 1229 p.

23. Pottier P, Planchon B. Les activités mentales au cours du raisonnement médical diagnostique. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2011;32(6):383-90.
24. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. nov 2005;6(4):235-54.
25. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. août 2003;78(8):775-80.
26. Launois R. Quality of Life: Overview and Perspectives. *Drug Information Journal*. janv 1994;28(1):123-40.
27. Pauker SG, Kassirer JP. Decision Analysis. *N Engl J Med*. 29 janv 1987;316(5):250-8.
28. Elstein AS. Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. *Academic Medicine*. juill 1999;74(7):791-4.
29. Bornstein BH, Emler AC. Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. *J Eval Clin Pract*. mai 2001;7(2):97-107.
30. Young M, Thomas A, Gordon D, Gruppen L, Lubarsky S, Rencic J, et al. The terminology of clinical reasoning in health professions education: Implications and considerations. *Medical Teacher*. 2 nov 2019;41(11):1277-84.
31. Ten Cate O, Durning SJ. Understanding Clinical Reasoning from Multiple Perspectives: A Conceptual and Theoretical Overview. In: Ten Cate O, Custers EJFM, Durning SJ, éditeurs. *Principles and Practice of Case-based Clinical Reasoning Education*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 35-46. (Innovation and Change in Professional Education; vol. 15).
32. Croskerry P, Nimmo G. Better clinical decision making and reducing diagnostic error. *J R Coll Physicians Edinb*. 1 juin 2011;41(2):155-62.
33. Elstein AS. Evidence base of clinical diagnosis: Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ*. 23 mars 2002;324(7339):729-32.
34. Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge: Theory and Applications for Clinical Reasoning Instruction and Research. *Academic Medicine*. févr 2000;75(2):182-90.
35. Cook DA, Durning SJ, Sherbino J, Gruppen LD. Management Reasoning: Implications for Health Professions Educators and a Research Agenda. *Academic Medicine*. sept 2019;94(9):1310-6.
36. Bissessur SW, Geijteman ECT, Al-Dulaimy M, Teunissen PimW, Richir MC, Arnold AER, et al. Therapeutic reasoning: from hiatus to hypothetical model. *Evaluation Clinical Practice*. déc 2009;15(6):985-9.
37. Cook DA, Sherbino J, Durning SJ. Management Reasoning: Beyond the Diagnosis. *JAMA*. 12 juin 2018;319(22):2267.
38. Abdoler EA, O'Brien BC, Schwartz BS. Following the Script: An Exploratory Study of the Therapeutic Reasoning Underlying Physicians' Choice of Antimicrobial Therapy. *Academic Medicine*. août 2020;95(8):1238-47.
39. Cook DA, Stephenson CR, Gruppen LD, Durning SJ. Management reasoning scripts: Qualitative exploration using simulated physician-patient encounters. *Perspect Med Educ*. 2 juin 2022;11(4):196-206.
40. McBee E, Ratcliffe T, Picho K, Schuwirth L, Artino AR, Yepes-Rios AM, et al. Contextual factors and clinical reasoning: differences in diagnostic and therapeutic reasoning in board certified versus resident physicians. *BMC Med Educ*. déc 2017;17(1):211.
41. Durning SJ, Artino AR, Pangaro LN, van der Vleuten C, Schuwirth L. Perspective: Redefining Context in the Clinical Encounter: Implications for Research and Training in Medical Education. *Academic Medicine*. mai 2010;85(5):894-901.
42. Croskerry P. Adaptive expertise in medical decision making. *Medical Teacher*. 3 août 2018;40(8):803-8.
43. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*. 15 déc 2017;17(1):255.

44. Hermann H, Trachsel M, Elger BS, Biller-Andorno N. Emotion and Value in the Evaluation of Medical Decision-Making Capacity: A Narrative Review of Arguments. *Front Psychol.* 26 mai 2016;7.
45. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 13 janv 1996;312(7023):71-2.
46. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine.* mars 1997;44(5):681-92.
47. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;
48. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling.* août 2006;62(2):205-11.
49. Huas C, Aubin I, Partouche H, Rat C, Boussageon R. Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ?. *exercer* 2016;127:216-25.
50. Djulbegovic B, Elqayam S, Dale W. Rational decision making in medicine: Implications for overuse and underuse. *Evaluation Clinical Practice.* juin 2018;24(3):655-65.
51. Reach G. Pourquoi les décisions médicales sont souvent – et peut-être toujours – difficiles. *Médecine des Maladies Métaboliques.* févr 2014;8(1):82-7.
52. Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med.* mai 2010;103(5):178-87.
53. McKinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision-making. *Soc Sci Med.* mars 1996;42(5):769-76.
54. Schattner A. Are Physicians Decisions Affected by Multiple Nonclinical Factors? *Intern Med.* 2014;04(03).
55. Ferru P. Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? comment ça marche ? *eDRMG.* 2003;(4):2-19.
56. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* déc 2019;4(1):5.
57. Astruc A, Jouannin A, Lootvoet E, Bonnet T, Chevallier F. Les données à caractère personnel: Quelles formalités réglementaires pour les travaux de recherche en médecine générale? *EXE.* 1 avr 2021;32(172):178-84.
58. Jones RH. Data collection in decision-making: a study in general practice. *Medical Education.* mars 1987;21(2):99-104.
59. Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract.* avr 1990;40(333):134-6.
60. Newton J, Hayes V, Hutchinson A. Factors influencing general practitioners' referral decisions. *Fam Pract.* déc 1991;8(4):308-13.
61. Hjortdahl P. The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* janv 1992;10(4):290-4.
62. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract.* nov 1992;42(364):454-8.
63. Jones I, Morrell D. General practitioners' background knowledge of their patients. *Fam Pract.* 1995;12(1):49-53.
64. Di Caccavo A, Reid F. Decisional conflict in general practice: strategies of patient management. *Soc Sci Med.* août 1995;41(3):347-53.
65. Weiss MC, Fitzpatrick R, Scott DK, Goldacre MJ. Pressures on the general practitioner and decisions to prescribe. *Fam Pract.* oct 1996;13(5):432-8.

66. Little P. Why do GPs perform investigations?: The medical and social agendas in arranging back X-rays. *Family Practice*. 1 juin 1998;15(3):264-5.
67. Granier S, Owen P, Pill R, Jacobson L. Recognising meningococcal disease in primary care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information. *BMJ*. 24 janv 1998;316(7127):276-9.
68. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ*. 4 juill 1998;317(7150):28-32.
69. Mears R, Sweeney K. A preliminary study of the decision-making process within general practice. *Fam Pract*. oct 2000;17(5):428-9.
70. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ*. 10 nov 2001;323(7321):1100-2.
71. Grant JA, Dowell J. A qualitative study of why general practitioners admit to community hospitals. *Br J Gen Pract*. août 2002;52(481):628-30, 632-5.
72. Dempsey OP. « Heads you win, tails I lose »: a critical incident study of GPs' decisions about emergency admission referrals. *Family Practice*. 1 déc 2002;19(6):611-6.
73. Denig P, Witteman CLM, Schouten HW. Scope and nature of prescribing decisions made by general practitioners. *Qual Saf Health Care*. juin 2002;11(2):137-43.
74. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract*. déc 2002;52(485):974-80.
75. Kumar S. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ*. 18 janv 2003;326(7381):138-138.
76. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. déc 2003;3(1):8.
77. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Fam Pract*. déc 2003;4(1):13.
78. Tracy CS, Dantas GC, Upshur REG. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 9 mai 2003;4:6.
79. Sigel P, Leiper R. GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study. *Psychol Psychother*. sept 2004;77(3):279-95.
80. Petursson P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. juin 2005;23(2):120-5.
81. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur REG. Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians. *Can Fam Physician*. août 2005;51(8):1106-7.
82. Carlsen B, Norheim OF. « Saying no is no easy matter » A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res*. déc 2005;5(1):70.
83. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche P. Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Fam Pract*. déc 2008;9(1):12.
84. Stavrou S, Cape J, Barker C. Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2009;59(566):e289-98.
85. Rahmner PB, Gustafsson LI, Larsson J, Rosenqvist U, Tomson G, Holmström I. Variations in understanding the drug-prescribing process: A qualitative study among Swedish GPs. *Fam Pract*. 2009;26(2):121-7.
86. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas: Singuliers généralistes. 15 sept 2010;117-32.
87. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and

- composite health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. mars 2011;29(1):7-12.
88. Walter A, Chew-Graham C, Harrison S. Negotiating refusal in primary care consultations: a qualitative study. *Family Practice*. 1 août 2012;29(4):488-96.
  89. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Pratiques et Organisation des Soins*. 2012;43(2):111-9.
  90. Vega A. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences sociales et santé*. 2012;30(3):71-102.
  91. Grant A, Sullivan F, Dowell J. An ethnographic exploration of influences on prescribing in general practice: why is there variation in prescribing practices? *Implementation Sci*. déc 2013;8(1):72.
  92. Kim KK, Yeong LL, Caterson ID, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. déc 2015;16(1):45.
  93. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*. 2015;27(3):353-62.
  94. Ashdown HF, Räisänen U, Wang K, Ziebland S, Harnden A, for the ARCHIE investigators\*. Prescribing antibiotics to 'at-risk' children with influenza-like illness in primary care: qualitative study: Table 1. *BMJ Open*. juin 2016;6(6):e011497.
  95. Schrans D, Avonts D, Christiaens T, Willems S, de Smet K, van Boven K, et al. The search for person-related information in general practice: a qualitative study. *FAMPRJ*. févr 2016;33(1):95-9.
  96. Laue J, Melbye H, Halvorsen P, Andreeva E, Godycki-Cwirko M, Wollny A, et al. How do general practitioners implement decision-making regarding COPD patients with exacerbations? An international focus group study. *COPD*. déc 2016;Volume 11:3109-19.
  97. McKinn S, Bonner C, Jansen J, Teixeira-Pinto A, So M, Irwig L, et al. Factors influencing general practitioners' decisions about cardiovascular disease risk reassessment: findings from experimental and interview studies. *BMC Fam Pract*. 2016;17:107.
  98. Strumiło J, Chlabicz S, Pytel-Krolczuk B, Marcinowicz L, Rogowska-Szadkowska D, Milewska AJ. Combined assessment of clinical and patient factors on doctors' decisions to prescribe antibiotics. *BMC Fam Pract*. 2016;17:63.
  99. Michiels-Corsten M, Donner-Banzhoff N. Beyond accuracy: hidden motives in diagnostic testing. *Family Practice*. 27 mars 2018;35(2):222-7.
  100. Tzartzas K, Oberhauser PN, Marion-Veyron R, Bourquin C, Senn N, Stiefel F. General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. déc 2019;20(1):165.
  101. Moore A, Croxson C, McKelvie S, Lasserson D, Hayward G. General practitioners' attitudes and decision making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study. *Family Practice*. 31 juill 2019;36(4):493-500.
  102. Smeets M, De Witte P, Peters S, Aertgeerts B, Janssens S, Vaes B. Think-aloud study about the diagnosis of chronic heart failure in Belgian general practice. *BMJ Open*. 2019;9(3).
  103. Al-Azzawi R, Halvorsen PA, Risør T. Context and general practitioner decision-making - a scoping review of contextual influence on antibiotic prescribing. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):225.
  104. Simeoni M, Saragosa M, Laur C, Desveaux L, Schwartz K, Ivers N. Coping with « the grey area » of antibiotic prescribing: a theory-informed qualitative study exploring family physician perspectives on antibiotic prescribing. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):188.
  105. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 2 nov 1961;265(18):885-92.
  106. Balint M, Valabrega JP. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.

107. Kahneman D. Thinking, fast and slow. 1st ed. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011. 499 p.
108. Simon HA. A Behavioral Model of Rational Choice. The Quarterly Journal of Economics. févr 1955;69(1):99.
109. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. déc 1991;50(2):179-211.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Critères méthodologiques de SANRA (56)

### Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

#### 1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. \_\_\_\_\_ 0  
The importance is alluded to, but not explicitly justified. \_\_\_\_\_ 1  
The importance is explicitly justified. \_\_\_\_\_ 2

#### 2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. \_\_\_\_\_ 0  
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. \_\_\_\_\_ 1  
One or more concrete aims or questions are formulated. \_\_\_\_\_ 2

#### 3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. \_\_\_\_\_ 0  
The literature search is described briefly. \_\_\_\_\_ 1  
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. \_\_\_\_\_ 2

#### 4) Referencing

- Key statements are not supported by references. \_\_\_\_\_ 0  
The referencing of key statements is inconsistent. \_\_\_\_\_ 1  
Key statements are supported by references. \_\_\_\_\_ 2

#### 5) Scientific reasoning

*(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)*

- The article's point is not based on appropriate arguments. \_\_\_\_\_ 0  
Appropriate evidence is introduced selectively. \_\_\_\_\_ 1  
Appropriate evidence is generally present. \_\_\_\_\_ 2

#### 6) Appropriate presentation of data

*(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)*

- Data are presented inadequately. \_\_\_\_\_ 0  
Data are often not presented in the most appropriate way. \_\_\_\_\_ 1  
Relevant outcome data are generally presented appropriately. \_\_\_\_\_ 2

Sumscore

# SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

## Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

## Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

## Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

## Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.” Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

## Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments. It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence. Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

## Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate end-points. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

### Reference

Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S: SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review* (2019) 4:5 <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>

Annexe 2 : Tableau général des résultats inclus

| AUTEURS                 | DATE | TITRE  | PAYS                              | TYPE D'ETUDE       | OBJECTIFS  | METHODE                                |
|-------------------------|------|--|-----------------------------------|--------------------|--|--|
| <b>Jones R.H.</b>       | 1987 | Data collection in decision-making: a study in general practice  | Royaume-Uni                       | Etude quantitative | Etudier la quantité et la nature des informations collectées par des médecins généralistes confrontés à des problèmes de prise en charge de patients   | Observation de cas simulés de patients |
| <b>Grol R. et al.</b>   | 1990 | Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners     | Belgique, Royaume-Uni et Pays-Bas | Etude quantitative | Etudier l'attitude des médecins généralistes en Belgique, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas concernant la prise de risque dans la prise de décision médicale  | Questionnaire                          |
| <b>Newton J. et al.</b> | 1991 | Factors influencing general practitioners' referral decisions  | Royaume-Uni                       | Etude qualitative  | Etudier les facteurs qui influencent les décisions d'orientation des médecins généralistes   | Entretien semi-structuré               |
| <b>Hjordahl P.</b>      | 1992 | The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process | Norvège                           | Etude quantitative | Évaluer à quelle fréquence et dans quelle mesure les connaissances accumulées par les médecins généralistes sur leurs patients a été ressenties comme modifiant le processus de consultation en général, et les décisions diagnostiques et de prise en charge en particulier | Questionnaire                          |
| <b>Bradley C.P.</b>     | 1992 | Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners     | Royaume-Uni                       | Etude qualitative  | Explorer si les médecins ressentaient ou non un inconfort lorsqu'ils prenaient des décisions de prescription et découvrir les facteurs perçus par les médecins à l'origine de leur sentiment d'inconfort   | Entretien semi-structuré               |

|                               |      |   |             |                    |   |                          |
|-------------------------------|------|---|-------------|--------------------|---|--------------------------|
| <b>Jones I. et Morell J.</b>  | 1995 | General practitioners' background knowledge of their patients   | Angleterre  | Etude qualitative  | Décrire les connaissances de base de leurs patients utilisées par les médecins généralistes dans la prise de décision en consultation   | Entretien semi-structuré |
| <b>Weiss M.C. et al.</b>      | 1996 | Pressures on the general practitioner and decisions to prescribe  | Angleterre  | Etude quantitative | Explorer si une variété de pressions mises en évidence par les récents développements dans les soins primaires sont effectivement ressenties comme des préoccupations par les MG. Un objectif secondaire était de déterminer si les perceptions de ces pressions par les MG semblent influencer leurs décisions de prescription | Questionnaire            |
| <b>Little P.</b>              | 1998 | Why do GPs perform investigations?: The medical and social agendas in arranging back X-rays   | Angleterre  | Etude quantitative | Rapporter les raisons médicales et sociales que donnent les médecins généralistes pour demander des radiographies du dos  | Questionnaire            |
| <b>Granier S. et al.</b>      | 1998 | Recognising meningococcal disease in primary care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information | Royaume-Uni | Etude qualitative  | Décrire la présentation de la méningococcie en soins primaires ; explorer comment les médecins généralistes traitent les informations cliniques et contextuelles chez les enfants atteints d'une méningococcie ; et décrire comment ces informations affectent la gestion   | Entretien semi-structuré |
| <b>Mears R. et Sweeney K.</b> | 2000 | A preliminary study of the decision-making process within general practice  | Angleterre  | Etude qualitative  | Explorer les facteurs qui contribuent au processus de prise de décision en médecine générale, au-delà des preuves   | Entretien semi-structuré |

|                                   |      |   |             |                    |   |  |
|-----------------------------------|------|---|-------------|--------------------|---|--|
| <b>Grant J.A. et Donell J.</b>    | 2002 | A qualitative study of why general practitioners admit to community hospitals   | Ecosse      | Etude qualitative  | Identifier et comprendre les facteurs influençant la décision d'admission dans un hôpital communautaire   | Entretien semi-structuré               |
| <b>Dempsey O.P.</b>               | 2002 | Heads you win, tails I lose: a critical incident study of GPs' decisions about emergency admission referrals  | Royaume-Uni | Etude qualitative  | Décrire les facteurs pris en compte par les médecins généralistes lorsqu'ils font des choix concernant les références pour les admissions d'urgence à l'hôpital   | Entretien à partir d'incident critique |
| <b>Kumar S.</b>                   | 2003 | Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study   | Royaume-Uni | Etude qualitative  | Comprendre pourquoi les médecins généralistes prescrivent des antibiotiques pour certains cas de maux de gorge et explorer les facteurs qui influencent leur prescription   | Entretien semi-structuré               |
| <b>Espeland A. et Baerheim A.</b> | 2003 | Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study | Norvège     | Etude qualitative  | Identifier et décrire les facteurs que les médecins généralistes considèrent comme susceptibles d'influencer leurs décisions concernant la prescription d'une radiographie standard pour les maux de dos et les obstacles à l'observance des lignes directrices suggérés par ces facteurs | Entretien de groupe                    |
| <b>Tracy S.C. et al.</b>          | 2003 | The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians  | Canada      | Etude quantitative | Examiner les relations entre les attitudes des médecins de famille à l'égard de l'EBM, les facteurs contextuels et la prise de décision clinique. L'objectif secondaire était d'étudier les facteurs qui contribuent aux décisions cliniques « contraires aux preuves »                   | Questionnaire                          |

|                                   |      |   |             |                    |  |                          |
|-----------------------------------|------|---|-------------|--------------------|--|--------------------------|
| <b>Sigel P. et Leiper R.</b>      | 2004 | GP views of their management and referral of psychological problems: A qualitative study  | Royaume-Uni | Etude qualitative  | Décrire les facteurs qui influent sur la détection, la gestion et la référence, et modéliser la manière dont ces facteurs interagissent et expliquent les façons dont les MG exécutent de telles activités   | Entretien semi-structuré |
| <b>Petursson P.</b>               | 2005 | GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics A phenomenological study  | Islande     | Etude qualitative  | Explorer les raisons données par les médecins généralistes islandais pour leur prescription non pharmacologique d'antibiotiques  | Entretien semi-structuré |
| <b>Tracy S.C. et al.</b>          | 2005 | Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians   | Canada      | Etude quantitative | Explorer la relation entre les variables liées au médecin et la gestion des facteurs contextuels liés au patient dans la prise de décision clinique. L'objectif secondaire était d'examiner dans quelle mesure cette relation varie selon le type de décision clinique | Questionnaire            |
| <b>Carlsen B. et Norheim O.F.</b> | 2005 | "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice                      | Norvège     | Etude qualitative  | Explorer les attitudes des médecins généralistes norvégiens à l'égard des facteurs influençant la prise de décision médicale et comprendre comment ils vivent les dilemmes liés à la rationalisation dans leur pratique quotidienne                                    | Entretien de groupe      |
| <b>Geneau R. et al.</b>           | 2008 | Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care | Canada      | Etude qualitative  | Comprendre comment les facteurs organisationnels et environnementaux influencent le travail des médecins généralistes  | Entretien semi-structuré |

|                            |      |  |            |                   |   |  |
|----------------------------|------|--|------------|-------------------|---|--|
| <b>Stavrou S. et al.</b>   | 2009 | Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study   | Angleterre | Etude qualitative | Explorer les récits des médecins généralistes sur les décisions d'orienter ou de ne pas orienter les patients vers une thérapie psychologique                                     | Entretien semi-structuré                                       |
| <b>Rahmner P.B. et al.</b> | 2009 | Variations in understanding the drug-prescribing process: A qualitative study among Swedish GPs  | Suède      | Etude qualitative | Identifier les différences dans les façons de comprendre la prescription de médicaments parmi les médecins généralistes   | Entretien semi-structuré                                       |
| <b>Nilsen S. et al.</b>    | 2011 | Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints | Norvège    | Etude qualitative | Explorer les considérations des médecins généralistes dans la prise de décision concernant l'inscription en maladie des patients souffrant d'affections subjectives et composites | Entretien de groupe  |
| <b>Walter A. et al.</b>    | 2012 | Negotiating refusal in primary care consultations: a qualitative study   | Angleterre | Etude qualitative | Explorer les récits des médecins généralistes sur la négociation du refus des demandes des patients et leurs stratégies de négociation  | Entretien de groupe et entretien individuels semi-structurés   |
| <b>Bedoin D.</b>           | 2012 | La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ?  | France     | Etude qualitative | Etudier les logiques de prescription pour les affections transitoires bénignes  | Entretien  |
| <b>Vega A.</b>             | 2012 | Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français   | France     | Etude qualitative | Etudier les facteurs non cliniques intervenant dans les motivations à prescrire des médicaments   | Observation des pratiques et entretiens                        |
| <b>Grant A. et al.</b>     | 2013 | An ethnographic exploration of influences on prescribing in general practice: why is   | Angleterre | Etude qualitative | Comprendre les influences que les médecins généralistes reconnaissent lorsqu'ils prennent des décisions de prescription, et   | Observation et triangulation par des entretiens et des sources |

|                            |      |   |  |                    |  |   |
|----------------------------|------|---|--|--------------------|--|---|
|                            |      | there variation in prescribing practices?   |  |                    | pourquoi ils n'appliquent pas toujours des preuves de recherche  | documentaires internes des lieux d'études |
| <b>Kim K.K et al.</b>      | 2015 | Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study | Australie  | Etude qualitative  | Décrire les facteurs influençant les intentions de référence des médecins généralistes pour leurs patients obèses  | Entretien semi-structuré                  |
| <b>Darmon D. et al.</b>    | 2015 | Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique           | France   | Etude quantitative | Identifier les caractéristiques des médecins, des patients et des consultations influençant la prescription médicamenteuse en médecine générale  | Observation de consultations réelles      |
| <b>Ashdown H.F. et al.</b> | 2016 | Prescribing antibiotics to 'at-risk' children with influenza-like illness in primary care: qualitative study              | Royaume-Uni  | Etude qualitative  | Examiner les récits des médecins généralistes sur les facteurs influençant leur prise de décision concernant la prescription d'antibiotiques dans la prise en charge des enfants à risque atteints d'un syndrome grippal | Entretien semi-structuré                  |
| <b>Schrans D. et al.</b>   | 2016 | The search for person-related information in general practice: a qualitative study  | Autriche, Belgique, Brésil, Allemagne, Ghana, Italie, Espagne, Pays-Bas et Vietnam | Etude qualitative  | Rechercher des classes d'informations relatives à la personne influençant le processus de soins  | Analyse de cas narratifs                  |
| <b>Laue J. et al.</b>      | 2016 | How do general practitioners implement decision-making regarding COPD patients with exacerbations? An                     | Norvège, Allemagne, Pays de Galles, Pologne, Russie, Pays-                         | Etude qualitative  | Explorer la prise de décision des médecins généralistes concernant le traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes oraux et l'hospitalisation des patients  | Entretien de groupe                       |

|  |      |   |                  |                    |   |  |
|--|------|---|------------------|--------------------|---|--|
|  |      | international focus group study   | Bas et Hong Kong |                    | atteints de BPCO présentant des exacerbations   |  |
| <b>McKinn S. et al.</b>                          | 2016 | Factors influencing general practitioners' decisions about cardiovascular disease risk reassessment: findings from experimental and interview studies | Australie        | Etude mixte        | Comprendre les différents facteurs cliniques et psychosociaux pris en compte par les médecins généralistes lorsqu'ils recommandent la fréquence de réévaluation et de surveillance du risque de MCV dans la prévention primaire des MCV | Questionnaire et entretien   |
| <b>Strumilo J. et al.</b>                        | 2016 | Combined assessment of clinical and patient factors on doctors' decisions to prescribe antibiotics  | Pologne          | Etude quantitative | Etablir quels symptômes et signes physiques ont influencé le résultat de la consultation en termes de prescription d'antibiotiques, ainsi que les formes de demandes directes ou indirectes d'antibiotiques des patients                | Questionnaire  |
| <b>Michiels-Corsten M. et Donner-Banzhoff N.</b> | 2018 | Beyond accuracy: hidden motives in diagnostic testing   | Allemagne        | Etude qualitative  | Explorer le comportement diagnostique des médecins généralistes non lié à la confirmation ou à la réfutation d'une maladie spécifique   | Observation à partir d'un enregistrement vidéo et entretien semi-structuré |
| <b>Tzartzas K. et al.</b>                        | 2019 | General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study   | Suisse           | Etude qualitative  | Décrire le processus décisionnel qui sous-tend l'orientation des patients vers des spécialistes par des médecins généralistes exerçant dans un centre universitaire de soins primaires ambulatoires                                     | Entretien de groupe  |

|                            |      |  |             |                   |  |  |
|----------------------------|------|--|-------------|-------------------|--|--|
| <b>Moore A. et al.</b>     | 2019 | General practitioners' attitudes and decision-making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study                   | Royaume-Uni | Etude qualitative | Explorer les attitudes des médecins généralistes britanniques à l'égard de l'orientation des patients âgés suspectés d'être infectés à l'hôpital, comment ils pèsent la décision d'admission par rapport aux alternatives et comment les alternatives à l'admission pourraient être rendues plus efficaces | Entretien semi-structuré                             |
| <b>Smeets M. et al.</b>    | 2019 | Think-aloud study about the diagnosis of chronic heart failure in Belgian general practice   | Belgique    | Etude qualitative | Etudier comment les médecins généralistes diagnostiquent l'ICC chez des patients réels   | Observation des réflexions à haute voix              |
| <b>Al-Azzawi R. et al.</b> | 2021 | Context and general practitioner decision-making - a scoping review of contextual influence on antibiotic prescribing  | Norvège     | Scoping review    | Identifier les facteurs contextuels et leurs influences sur la prise de décision des médecins généralistes dans la prescription d'antibiotiques  | Scoping review à partir de Medline, Embase et Cinahl |
| <b>Simeoni M. et al.</b>   | 2022 | Coping with 'the grey area' of antibiotic prescribing: a theory-informed qualitative study exploring family physician perspectives on antibiotic prescribing | Canada      | Etude qualitative | Identifier les déterminants du comportement de prescription d'antibiotiques chez les médecins de famille afin d'éclairer les interventions ciblées de gestion des antimicrobiens   | Entretien semi-structuré                             |



# 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.*

# RÉSUMÉ

---

## **INTRODUCTION :**

La prise de décision est un processus complexe impliquant différents déterminants qui peuvent entrer en jeu dans la démarche clinique du médecin. Nous nous sommes intéressés aux déterminants impliqués dans la démarche décisionnelle en médecine générale.

**MÉTHODE :** Nous avons réalisé une revue narrative de littérature dans les bases de données PubMed, EM Base, Cairn. Notre recherche a été effectuée sur toute période, à partir d'équations de recherche et d'une inclusion manuelle issue des notices bibliographiques des articles inclus. Parmi 1 644 résultats identifiés, nous avons retenu 47 résultats répondant aux critères d'inclusion de notre revue et couvrant une période allant de 1987 à 2022.

**RÉSULTATS :** Les déterminants ont été collectés, extraits des articles et classés selon différentes catégories et typologies :

- Les déterminants du patient englobent les aspects biomédicaux, psychosociaux et culturels
- Les déterminants du médecin regroupent les aspects liés à la pratique médicale du médecin, les influences sociales, culturelles et organisationnelles du médecin
- Les déterminants relationnels incluent les aspects de la relation médecin-patient, de la relation avec l'entourage du patient et de la relation avec les autres professionnels de santé
- Les déterminants du contexte comprennent les aspects liés au système de santé, aux normes médicales et aux normes sociétales

**CONCLUSION :** La prise de décision est un processus complexe qui met en jeu une multitude de déterminants possibles. La mise en évidence des déterminants impliqués dans la prise de décision rend compte de la diversité et de la complexité des différents aspects qui peuvent façonner ou influencer la démarche décisionnelle du médecin généraliste.

**MOTS CLÉS :** Prise de décision, raisonnement clinique, approche globale, démarche clinique, démarche décisionnelle, médecine générale