



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale

par

Olivier Bravetti

le 13 mars 2018

**IDENTIFICATION DES FACTEURS NON MEDICAUX
INFLUENÇANT LA DECISION D'UNE HOSPITALISATION D'UN
PATIENT EN CABINET DE MEDECINE GENERALE**

Examineur de la thèse:

M. le professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
M. le professeur Jean Pierre KAHN	Juge
M. le docteur Cédric BAUMANN	Juge
M. le docteur Patrick TABOURING	Juge et codirecteur
M. le docteur Olivier Bouchy	Juge et directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

Professeur



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL -
Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERRON - Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlogie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX - Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le professeur DI PATRIZIO

Professeur de Médecine Générale

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de thèse nous ont été précieux.

Pour votre disponibilité, votre écoute et pour votre accompagnement dans notre travail, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre grande reconnaissance et de notre profonde considération

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Maitre de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE ET CODIRECTEUR

Monsieur le Docteur Patrick TABOURING

Médecin Généraliste à Luxembourg et Maître de stage Universitaire

Nous vous sommes reconnaissants pour avoir accepté de codiriger ce travail. Nous vous remercions pour votre relecture attentive et vos conseils ainsi que votre disponibilité.

Recevez ici toute notre gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

**Médecin Généraliste à Revigny-Sur-Ornain et Maître de Conférence
associé**

Vous avez été présent à chaque étape de la réalisation de ce travail, de l'initiation du projet à sa finalisation.

Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre soutien.

Veillez recevoir ici l'expression de ma sincère gratitude.

Merci à tout les participants des focus group sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

En Meuse

Merci au Docteur Pascal Royer médecin généraliste à Tronville-en-Barrois, au Docteur Michel Soin médecin généraliste à Ligny-en-Barrois, au Docteur Jean Charles Fanjeaux médecin généraliste à Bar-Le-Duc, au Docteur Aude Classine médecin généraliste à Tronville-en-Barrois, au Docteur Nicolas Robin médecin généraliste à Bar-Le-Duc, au Docteur Charles Boeckler médecin généraliste à Dammarie-sur-Saulx, au Docteur Yves Gaucher médecin généraliste à Bar-le-Duc.

En Meurthe et Moselle-Moselle

Merci au Docteur Daniel Bravetti médecin généraliste de la CARMi de l'Est, au Docteur René Martellotto médecin généraliste à Lexy, au Docteur Anne-Sophie Andrieux médecin généraliste à Gorcy, au Docteur Jean Luc Ligier médecin généraliste à Saulnes, Docteur Gérard Bravetti médecin généraliste à orientation particulière à Longwy, au Docteur Christophe Lasolle médecin généraliste à Lexy, au Docteur Claudine Invernizzi médecin généraliste à orientation particulière à Longwy.

Dans les Vosges

Merci au Docteur Edouard Jolibert médecin généraliste à Nomexy, au Docteur Chloé Lisowski médecin remplaçant sur le secteur Charmes Thaon-les-Vosges, au Docteur Marie Laurence Guiot médecin généraliste à Nomexy, au Docteur Fabrice Grolier médecin généraliste à Thaon-les-Vosges, au Docteur Patricia Lassel médecin généraliste à Nomexy, au Docteur Jean Parisot médecin généraliste retraité.

Dans l'agglomération Nancéienne

Merci au Docteur Denis Rozaire médecin généraliste à Flavigny-sur-Moselle, au Docteur Angélique Gluziki médecin généraliste à Dombasle-sur-Meurthe, au Docteur Jean Jacques Derlon médecin généraliste à Nancy, au Docteur Xavier Bertin médecin généraliste à Rosière-aux-Salines, au Docteur Jean Jacques Antoine médecin généraliste à Haroué, au Docteur Anto Pavljasevic médecin généraliste à Blénod-lès-Toul, au Docteur Antoine Canton médecin généraliste à Villers-lès-Nancy.

Un merci particulier à Edouard, Marie Laurence et Patricia mes compagnons de travail ainsi qu'à Aurore et toute l'équipe paramédicale de la maison médicale de Nomexy.

A ma famille,

A ma femme, mon premier rayon de soleil, Laura que j'aime, qui a toujours su me motiver et me booster pour travailler. Tu m'as encouragé et tu à su me remuer et m'encourager. Tu m'as accompagné dans ce travail avec tellement de détermination. Merci d'être là à mes côtés.

A mon deuxième rayon de soleil que ma femme m'a donné. Mon petit Marceau qui a su me motiver avec ses petites frimousses. Un bouillon de vie que l'on ne se lasse pas de regarder pour retrouver l'essentiel.

Merci à mes deux amours.

A mes parents, sans qui rien n'aurait pu être possible. Vous avez su me supporter pendant toutes ces années d'études. Je pense que ça mérite une médaille. En tout cas, merci pour ce que vous êtes, merci pour vos encouragements, merci mes parents je vous aime.

A ma sœur Céline, diplômée avant moi, je te souhaite de t'épanouir pleinement dans ton travail et dans ta vie personnelle, merci pour tes encouragements.

Merci à mon beau frère Jordan pour ses encouragements, je crois en toi pour ton entreprise.

Merci à mes beaux parents Brigitte, Denis, ainsi qu'à Patrice pour vos encouragements et votre soutien, merci pour votre présence.

Merci à mon beau frère Grégory ainsi qu'à ses fils Hugo et Léo merci pour votre soutien.

Merci à ma grande famille, à mes oncles et à mes tantes, mes cousins et cousines, aux Bravetti et aux Brien. Merci à mamie Lili pour ses attentions.

Merci à Justine et ses frères et sœurs.

Merci à Jean Francois Claudon, à Anne et Benoit.

Merci à Christiane, papi Gino, mamie Marcelle et à papi Guy, car je sais que vous êtes là.

A mes amis,

Merci à Magesh qui est depuis 23 ans mon ami fidèle, courage à toi. Merci à tous nos amis qui ont su avoir une attention pour moi pendant ce travail: Julien Carène et Paul, à Marianne Régis et leurs deux petits loups Lucas et Antoine, à Pam et Quentin ainsi que leur petite Rose, Merci à Kiki,

Rudolph Tanya et notre petit copain Mathis, Laurie Kevin et Nino.

Merci à mes compagnons d'internat, Marc et Camille, Samir, Yanis et Pauline.

Merci à tous les amis que j'ai oublié, merci à tous pour votre soutien.

Merci encore à Edouard Ophélie et leurs jumeaux Benjamin et Louis.

Merci à Jean Yves, à nos futures virées à moto, à Amélie et à leur deux anges.

Merci à Philippe grâce à qui nous avons pu commencer un superbe projet professionnel.

Merci à Fred et à Laetitia.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SERMENT D'HIPPOCRATE	16
TABLE DES MATIERES	17
INTRODUCTION	20
I- PREMABULE: LE PROCESSUS DE LA DECISION MEDICALE ENTRE LE MEDECIN ET LES RECOMMANDATIONS	21
I-1- De l'origine de recommandations médicales fondées sur des bases scientifiques	21
I-1-1 la science, fondement de la pratique médicale	21
I-1-2 légitimisation de la profession médicale	22
I-1-3 la médecine basée sur les preuves	23
I-1-4 aux origines des recommandations de bonnes pratiques	23
I-2- L'uniformisation de la décision médicale	24
I-2-1- Formation médicale initiale (FMI)	24
I-2-2- Formation médicale continue	24
I-2-3- Recommandations HAS (site HAS)	25
I-2-4- Recommandations des Sociétés Savantes	25
I-2-5- Recommandations internationales	26
I-3- De la variabilité du médecin aujourd'hui à la décision médicale	27

I-3-1- le médecin, un homme parmi d'autre	27
I-3-2- incidence de la démographie médicale sur la décision par la modification de la formation universitaire	27
I-3-3- le processus complexe de la décision médicale	28
I-4- Objectif	30
II- ARTICLE: LES FACTEURS NON MEDICAUX INFLUENCENT-ILS LE MEDECIN GENERALISTE LORS D'UNE PRISE DE DECISION POUR L'HOSPITALISATION D'UN PATIENT?	31
RESUME	32
INTRODUCTION	33
OBJECTIF	33
MATERIELS ET METHODES	33
RESULTATS ET ANALYSES DES RESULTATS	34
1- population de l'étude	34
2-1- les facteurs intrinsèques de la décision médicale	35
2-1-1- les éléments inhérents aux patients	35
2-1-2- les facteurs liés au médecin	36
2-1-3- le poids de la relation patient-médecin	36
2-2- les facteurs extrinsèques intervenant dans la décision d'hospitalisation	37
2-2-1- l'entourage du patient impacte la décision	37
2-2-2- les correspondants dans la pratique médicale jouent un rôle dans la décision	37
2-2-3- le moment de la consultation et le temps de prise en charge influencent la décision	38
2-2-4- la judiciarisation de la pratique médicale	38
2-2-5- Internet	38

DISCUSSION	39
1- les limites de l'étude	39
2- la décision médicale, un processus complexe difficile à uniformiser	39
3- une part de subjectivité	39
4- l'importance de la communication médecin-patient	40
5- Des parcours de soins compliqués et chaotiques	40
5-1- la rationalisation des lits d'hospitalisation voulu par les entités administratives	40
5-2- les difficultés d'accès au second recours	40
5-3- des maintiens à domicile difficiles	41
6- limiter les facteurs non médicaux	41
6-1- L'Evidence Based Medicine	41
6-2- L'amélioration du parcours de soins	41
6-3- Une réorganisation du parcours de soins	42
6-3-1- CPTS et PTA	42
6-3-2- Equipe de soins pluridisciplinaires	42
6-4- limiter les affects par les groupes d'échanges de pratique	42
CONCLUSION DE L'ARTICLE	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'ARTICLE	44
CONCLUSION DE LA THESE	45
LISTES DES ABREVIATIONS	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA THESE	47
ANNEXES	

INTRODUCTION

La décision médicale repose sur de nombreux facteurs. Aujourd'hui on tend à uniformiser la décision médicale tant sur le plan des examens complémentaires que sur les thérapeutiques. L'objectif étant de définir pour un symptôme ou une pathologie donnée une prise en charge universelle et permettant ainsi d'offrir au patient une prise en charge identique quelque soit le médecin consulté ainsi que l'égalité des soins entre tous les patients sur le territoire.

Le médecin généraliste a pour cela de nombreuses aides: les recommandations de l'HAS avec des protocoles de soins définis pour une pathologie; l'Evidence Based Medicine qui permet au praticien d'orienter sa décision en fonction des meilleurs niveaux de preuve possibles. Il existe de nombreux systèmes d'aide au diagnostic.

Or la médecine est un Art régi par de nombreux facteurs scientifiques et éthiques, mais pratiquée par une personnalité définie par de nombreuses influences: le médecin. Il existe autant de types de médecine générale que de médecins généralistes malgré des schémas d'aide à la prise en charge uniformes. La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques ou socioculturels, qui incombent aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient.

Il semble judicieux d'observer et d'identifier les facteurs non médicaux qui peuvent influencer la décision d'hospitalisation d'un patient au cours d'une consultation de Médecine Générale.

Aucune étude qualitative n'a encore cherché à référencer les différents éléments non médicaux qui impactent la décision médicale recueillis directement auprès des médecins généralistes.

Nous nous aiderons de l'expérience d'un sociologue pour étudier les différents agents de la décision médicale.

I LE PROCESSUS DE LA DECISION MEDICALE ENTRE LE MEDECIN ET LES RE-COMMANDATIONS

I-1- De l'origine de recommandations médicales fondées sur des bases scientifiques

I-1-1 la science, fondement de la pratique médicale

Depuis le début de l'histoire de l'homme la santé et la maladie occupent une place universelle. Avant l'antiquité, l'obscurantisme et l'absence de connaissance scientifique permettaient aux « Guérisseurs », souvent des sorciers, d'utiliser des techniques tel l'hypnotisme ou le chamanisme. Les soins habituels sont portés par la médecine naturelle ce que l'on appelle aujourd'hui la phytothérapie (1).

Avec le développement des sociétés, pendant l'antiquité et le moyen âge, les connaissances sur le corps humain deviennent de plus en plus étendues. On retrouve les avancés surtout en Egypte, en Chine où la médecine traditionnelle se base sur une perturbation de deux forces (le yin et le yang) avec des recours empiriques à des techniques telles que l'acuponcture. En Inde se développe la chirurgie.

En occident, c'est en Grèce que l'on commence à découvrir les phénomènes pathologiques qui donnent naissance à des écoles d'apprentissage de techniques de soins élaborés. On retiendra surtout le nom d'Hippocrate (460-377 avant J.C.) qui restera associé à la naissance de la médecine moderne, par le classement de maladies liées à des causes naturelles en rejetant leur origine sacrée et en inventant des techniques d'examens telles que la palpation, la percussion et l'analyses des excréments (1).

Au moyen Age, on note une longue période de stagnation sur la recherche scientifique de par de grandes épidémies mises sur le compte de forces maléfiques. Au 11eme siècle en Europe, il existe un renouveau des études médicales avec la fondation d'écoles et de grandes universités. Nous pouvons citer l'école de Montpellier au 13eme siècle et les université de Bologne, Oxford, Paris entre autres (1).

C'est à la Renaissance, au 17eme siècle que se posent les fondements de la médecine moderne. L'anatomie fait de grands progrès en partie grâce à la dissection jusqu'alors interdite par l'Eglise. On retiendra le nom d'André Vesale (Bruxelles 1514-1564) qui fut l'un des premiers à la pratiquer. On étudie aussi à ce moment les maladies contagieuses opérant par des micro-organismes non visible.

La chirurgie amène le nom d'Ambroise Paré (1509-1590) qui s'attelle à des amputations et invente la cautérisation.

L'enseignement se développe à cette période.

La physiologie aussi prend son essor avec la découverte de la circulation sanguine, le début de l'histologie, et la relation entre des symptômes cliniques et des lésions organiques visibles.

C'est aussi le début de la médecin préventive avec la mise au point du vaccin antivariolique au 18ème siècle par le britannique Edward Jenner (1749-1823)

C'est au 19ème siècle que se pose le socle de la médecine scientifique.

En effet l'école française de médecine (Laennec, Bretonneau, Trousseau) met au point la méthode anatomoclinique, comparant les résultats d'examens cliniques avec des lésions organiques permettant de comprendre les mécanismes des maladies.

En parallèle, on isole certains principes actifs des plantes, permettant ainsi l'essor de médicaments tels que la morphine, l'atropine et la digitaline. Ainsi naît l'anesthésie générale par l'éther et le chloroforme.

A la deuxième moitié du 15^{ème} siècle, Claude Bernard (1813-1878) fait de nombreuses découvertes sur les phénomènes chimiques de la digestion des glandes ainsi que sur le système nerveux. Il fixe ainsi les règles expérimentales pour ses successeurs.

Louis Pasteur (1822-1895) met au point la nature microbienne et virale de certaines maladies et l'invention du vaccin contre la rage.

On découvre à cette période le bacille de Koch dans la tuberculose (portant le nom de son chercheur), ainsi que la pénicilline et ses facultés bactéricides (1).

Enfin, au 20^{ème} siècle, l'utilisation de techniques de physique chimie ainsi que de biologie permet des moyens d'investigations de diagnostic et de traitement considérables. On découvre à cette période les radiations ionisantes (Pierre et Marie Curie), l'invention de l'électrocardiogramme et électroencéphalogramme contribuant au perfectionnement des explorations fonctionnelles.

On note des progrès dans les vaccinations (tuberculose et poliomyélite entre autre qui font reculer les maladies) et l'antibiothérapie qui permet de couvrir au moment de la seconde guerre mondiale quasi l'ensemble des espèces microbiennes. L'endocrinologie permet de soigner le diabète et la découverte de certaines hormones comme la cortisone pour le traitement des rhumatisme et de l'asthme.

De nouvelles techniques d'investigations en imagerie (échographie, scanner, IRM) ainsi que les avancés en chimiothérapie radiothérapie et en génétique bouleversent la fin du 20^{ème} siècle et font naître de grands espoirs (1).

I-1-2 Légitimisation de la profession médicale

Comme sus-cité on retrouve l'origine de la formation médicale au 17^{ème} siècle avec la création d'écoles et d'universités en Europe.

Il faudra attendre le 18^{ème} siècle pour voir poser les bases de la formation par le premier texte de santé publique: l'Edit de Marly en 1707 (2). Il réorganise les études et la pratique de la médecine. Il réserve aux universités françaises le droit de former des médecins qui exerceront sur le territoire en définissant des obligations pour les formés et les professeurs en assurant une disponibilité de moyens et de matériels avec l'autorisation d'utiliser des cadavres (3).

En 1793 la révolution fait disparaître l'université et par conséquent la faculté de médecine, par de nombreuses réformes d'abolition de privilèges. A ce moment, n'importe qui peut exercer la médecine et les enseignements prennent des allures clandestines.

Il faudra attendre 1803 et la loi de Ventôse pour revenir à un exercice médical restreint aux docteurs en médecine et aux officiers de santé, avec la réouverture d'écoles de Santé (Paris, Montpellier, Strasbourg). Elle met fin au désordre de la Révolution en matière de formation médicale. La loi donne aux pouvoirs publics la charge de contrôler les compétences des candidats et la régularité de la pratique (1, 12).

En 1892, la loi Chevalier précise que nul ne peut exercer la médecine si il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'état.

Cette loi plus que centenaire a fixé des dispositions qui restent valables aujourd'hui: monopole d'exercice de la médecine pour les médecins, droit de se syndiquer, enregistrement à la Préfecture, déclaration des maladies épidémiques. La diversité de ses dispositions n'a pas permis de lui donner un autre titre que : « Médecine-Réforme de la loi du 19 ventôse an XI » (4). Sa gestation a été animée par un souci de santé publique pour assurer à tous des soins de qualité, à la suite d'études réglementées, en réprimant l'exercice illégal, toujours d'actualité un siècle plus tard (5).

Ainsi, à la fin du 19ème siècle les bases constitutives de la profession médicale sont posées.

I-1-3 la médecine basée sur les preuves

La médecine basée sur les preuves scientifiques s'inscrit en continuité de la légitimisation de la profession médicale.

C'est au 20ème siècle que débutent l'évaluation de l'efficacité des médicaments par des essais cliniques randomisés.

A cette période, les promoteurs qui appuyaient cette démarche étaient les statisticiens, les industries pharmaceutiques, les médias. En face on retrouvait comme détracteurs les cliniciens qui ne trouvaient pas dans ce mode d'exercice l'intégration de leur expérience individuelle et la réalité de leur pratique.

Le terme Evidence-Based Médecine (EBM) a été inventé dans les années 1980 au Canada à la Faculté de médecine de McMaster.

Selon ses fondateurs, l'EBM fait ainsi conjuguer: l'expertise du médecin-le patient dans sa globalité-les données de la recherche scientifique

L'expertise inclut la compétence du médecin forgée sur l'expérience et la pratique médicale.

Le patient, quant à lui, est pris dans sa globalité, c'est à dire ses droits, ses croyances, ses préférences.

Enfin, la recherche scientifique est constituée par la recherche médicale centrée sur des preuves scientifiques de l'intérêt de telle ou telle investigation ou thérapeutique (6). Et cela prend tellement d'ampleur qu'on retrouve de nombreuses méthodes de dissémination de ces recherches scientifiques par exemple PubMed, Cochrane Library. Une étude cherche à évaluer l'impact des réseaux sociaux dans cette dissémination (7).

La médecine des preuves a pour premier objectif d'apporter aux médecins des techniques de lecture d'articles scientifiques en évaluant leur qualité. Ainsi, elle est une aide à la décision dans la pratique médicale tant pour les investigations que pour la mise en place d'un traitement.

Elle permet de réduire le champ d'incertitude qui entoure le médecin dans la prise en charge d'une pathologie donnée (6,8).

I-1-4 aux origines des recommandations de bonnes pratiques

Mais la médecine des preuves a dépassé ce seul champ d'intérêt dans la décision du clinicien. Elle n'est plus uniquement une aide par l'information et la formation évaluée par des preuves scientifiques. Elle s'est élargie à la nécessité de la bonne prise en charge des patients.

La médecine basée sur les preuves est ainsi devenue le socle des bonnes pratiques de prise en charge d'une pathologie. Elle permet une rationalisation des pratiques médicales, pour que chaque médecin prenne en charge une maladie particulière de la même manière (9). Cela assure aussi au patient la pratique d'une médecine uniforme sur tout le territoire.

Non seulement, La médecine des preuves prône l'intérêt du médecin mais actuellement aussi celui du patient (10).

Une des facettes de l'émergence des recommandations de bonnes pratiques réside dans les politiques de maîtrise des dépenses de santé qui surviennent dans les années 1980-1990. L'objectif premier est d'améliorer la qualité des soins par l'efficacité (11).

La première étape touchant directement les professionnels de santé est la mise en place des Références Médicales Opposables (RMO) (6). Cela permet de promouvoir la qualité des soins en écartant les pratiques inappropriées. De par le manque de contrôle des dépenses par les RMO et par la nécessité de les réactualiser régulièrement naît l'ANAES en 1996 (6). C'est une agence d'état met-

tant en oeuvre la promotion de la qualité des soins et de la sécurité des soins par l'évaluation des pratiques professionnelles. De là apparaissent les recommandations de bonnes pratiques, assurant la qualité des soins par des connaissances scientifiques standardisées et diffusées à l'ensemble de la profession médicale.

En 2004, la Haute Autorité de Santé remplace l'ANAES, et ainsi élargit ses missions, toujours dans l'objectif de contribuer à la bonne qualité des soins et à leur sécurité aux bénéfices du patient.

I-2- L'uniformisation de la décision médicale

I-2-1- Formation médicale initiale (FMI)

En France, la FMI dure environ 9 à 13 ans en fonction de la spécialisation. on estime que 50% des connaissances deviennent obsolètes en l'espace de 7 ans (12).

La formation médicale initiale constitue le socle de connaissances de l'étudiant futur médecin. Il va tout au long des années universitaires acquérir l'ensemble des connaissances théoriques, scientifiques, mais aussi pratiques par des stages hospitaliers et des stages de soins primaires pour les étudiants en médecine générale(13).

Pour répondre aux attentes de la société civile, les départements de médecine générale (DMG) ont pour mission de former des professionnels de santé capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires(13).

Le choix vers un paradigme d'apprentissage est apparu évident dès la mise en place du D.E.S de Médecine Générale, troisième cycle professionnalisant, devant former des professionnels compétents autonomes et réflexifs(13).

La compétence est un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données.

Cette notion de compétence reconnue par la société civile des médecins reposait jusqu'alors sur la confiance en l'université (garante des savoirs), sur la longueur des études et sur la confiance aux différents pouvoirs institutionnels. Elle est actuellement remise en cause. Au moment où les pratiques des médecins vont être évaluées selon des procédures de qualité, la certification de la compétence à exercer en fin de D.E.S est une des réponses à la question fondamentale de la qualité des soins (13).

I-2-2- Développement personnel continu (DPC)

Parallèlement, on dénombre une grande quantité de productions de savoir par les articles, les revues émanant de nombreuses recherches scientifiques. D'où la nécessité d'une formation médicale continue (FMC) pour permettre aux praticiens d'assimiler la majorité des nouvelles pratiques et ainsi assurer la bonne qualité des soins dispensés.

On retrouve une origine déontologique à la formation médicale: « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances; il doit prendre toutes les dispositions pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles » (article 11 du code de Déontologie médicale, (12)).

Les premières associations locales de FMC ont vu le jour dans les années 60. Dans les années 80, sous l'impulsion de Mme S. Veil, ministre de la Santé, les pouvoirs publics prirent l'initiative d'une action forte réunissant les deux associations nationales préexistantes et leur donnant des crédits. En

1989, les syndicats signataires et la CNAM décidèrent de promouvoir la FMC dite conventionnelle. Des instances compétentes furent mises en place avec un financement important, d'où la création de centaines d'associations à but non lucratif, l'implication de dizaines de milliers de médecins, la mise en place d'écoles de formateurs, la diffusion de nouvelles pédagogies. Le Comité national de formation médicale continue (CNFMC) a pris une certaine importance grâce à sa composition quadripartite (conférence des doyens, mouvement associatif, syndicats et Conseil de l'Ordre) (14).

La formation médicale continue prend une tournure obligatoire et réglementaire introduite par une ordonnance du 24 avril 1996, complétée par un arrêté du 6 mai 1997 (12).

Cette obligation est confirmée par la loi du 4 mars 2002: « la FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale constitue une obligation pour tout les médecins » (article 59 I 1° de la loi)

Cela a été ensuite à concilier avec une nouvelle obligation pour les professionnelles de santé, celle de l'évaluation des pratiques professionnelles introduite par la loi du 13 août 2005 (article 14), devenue aujourd'hui le DPC.

I-2-3- Recommandations de la Haute Autorité de Santé

La HAS a pour mission de produire des recommandations et des outils favorisant leur utilisation par les professionnels de santé. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science, afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins (site HAS).

La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge (site HAS).

Le progrès médical et l'allongement de l'espérance de vie ont notamment pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques qui constituent un enjeu majeur en termes de santé publique et d'impact économique.

La HAS vise à promouvoir un parcours de soins des personnes respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles.

Elle a organisé son action autour de 3 enjeux essentiels :

- Evoluer vers une gestion prospective et coordonnée de la prise en charge par une juste articulation des professionnels entre eux.
- Harmoniser les pratiques autour des points critiques du parcours de soins tout en prenant en compte la nécessaire personnalisation des prises en charge.
- Favoriser la participation et l'implication du patient dans sa prise en charge.

I-2-4- Recommandations des Sociétés Savantes

Les recommandations des Sociétés Savantes, autrement dit les recommandations formalisées d'experts, sont, comme leur nom l'indique, des recommandations de bonnes pratiques fondées sur l'accord d'experts.

On entend par experts un certain nombre de praticiens souvent liés par la même spécialité qui produisent des recommandations en générale concises non ambiguës sur quelques points précis de la prise en charge d'une maladie.

Au début du 19^{ème} siècle, les sociétés savantes ne constituaient pas les véhicules principaux du savoir organisés plutôt par l'université. Il faut attendre la fin du 19^{ème} voire le début du 20^{ème} siècle pour que l'ouverture des universités aux sociétés savantes permette leur essor.

Contrairement aux sociétés d'état, plus administratives et politiques comme l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ADEM), ancêtre de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), les sociétés savantes constituent une association de professionnels médicaux centrés sur une spécialité médicale, permettant la réflexion sur certaines pathologies et prises en charge. La production du savoir scientifique était leur principale préoccupation. Le développement de leurs recommandations est moins formalisé que celui de l'ANAES, puis ensuite celui de l'HAS (15).

Au départ, elles ne participaient pas non plus à l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, mais leur rôle pour le praticien était l'aide à la prise en charge pour des points précis de telle ou telle pathologie.

Elles produisent des recommandations moins lourdes à l'issue de travaux scientifiques, de consensus d'experts plus ou moins formalisés, qui sont le plus souvent publiés et ont leurs propres validités.

En 1997, la FSM (fédération de spécialité médicale) est créée suite à l'avènement de l'EPP (Evaluation des Pratiques Médicales) et de la FMC (formation médicale continue). La FSM sert à fédérer les sociétés savantes des principales spécialités médicales à la suite des ordonnances Juppé sur la FMC obligatoire en 1996.

Cela apporte alors de nouvelles missions aux sociétés savantes, telles que l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles (16).

Aujourd'hui, en France il existe autant de Sociétés savantes que de spécialités médicales. Nous pourrions citer entre autres: le Collège National des Enseignants de Gynécologie Obstétrique, l'Association Française d'Urologie, la Société Française de Cardiologie...

Leurs ressources numériques sont importantes, elles émanent le plus souvent de colloques ou de congrès réalisés toute l'année dans le cadre de la FMC.

Ce sont des sources précieuses pour la recherche et l'aide à la prise en charge de patient dans le bio-médical.

I-2-5- Recommandations internationales

Aujourd'hui tous les pays étrangers occidentaux possèdent des sociétés savantes, des collèges d'experts qui produisent des textes formalisés sur la recherche scientifique.

Certains sont repris par les experts français, parfois certains sont même élaborés en collaboration internationale entre les sociétés savantes.

A noter que la HAS tient un regard objectif sur la production de ces recommandations internationales et appose son label méthodologique.

Ainsi on retrouve des recommandations de bonnes pratiques sur par exemple l'utilisation de certains médicaments disponibles à l'étranger mais non reconnues en France.

I-3- De la variabilité du médecin aujourd'hui à la décision médicale

I-3-1- le médecin, un homme parmi d'autre

la pratique médicale est depuis toujours l'objet d'une controverse entre l'expérience individuelle et le savoir scientifique (17).

Il faut reconnaître que la médecine est une discipline exercée par un Homme. Or cet Homme est régi par un grand nombre de concepts complexes et difficiles à définir.

De nombreux auteurs ont essayé de définir l'homme et l'humanité qui l'entoure. On pourra retenir Socrate et la Leçon de Socrate, Platon, Rousseau, Nietzsche, Heidegger.

Leurs publications relèvent de mouvements philosophiques divers (18, 19).

Ainsi on comprend que l'Homme est un être difficile à définir tant scientifiquement que philosophiquement.

On retrouve un caractère qui anime la plupart des auteurs qui correspond à la subjectivité. L'Homme pense. Il élabore une réflexion par son vécu et ses affects (18, 19).

Certains définissent l'homme par sa diversité.

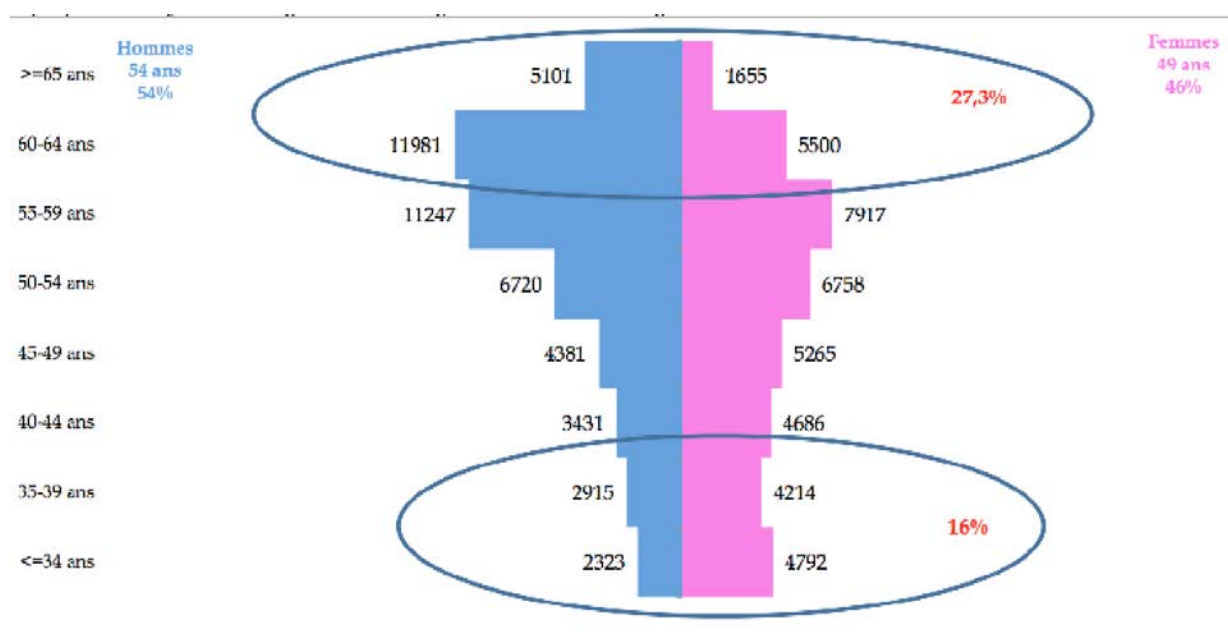
La profession médicale est exercée par un être défini par ses influences. L'expérience personnelle et professionnelle jouent un rôle primordial dans l'exercice de la profession.

I-3-2- incidence de la démographie médicale sur la décision par la modification de la formation universitaire

Au 1er janvier 2016, le tableau de l'ordre des Médecins recense 88886 médecins généralistes exerçant en activité régulière.

Il faut considérer l'approche par âge et par sexe pour comprendre la situation actuelle.

Au 1er janvier 2016, les médecins spécialisés en médecine générale sont âgés en moyenne de 52 ans, 27,3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs (20).



On retrouve donc une grande disparité des âges dans la population médicale.

Les études médicales ont évolué. Le parcours universitaire de santé a été constamment remanié au fur et à mesure des années pour en arriver au modèle actuel, afin de s'adapter à une pratique qui

s'est progressivement spécialisée, au gré des avancées techniques et scientifiques. On peut par exemple citer l'introduction des Epreuves Classantes Nationales en 2004 à la fin de la 6^{ème} année associée à l'introduction de la lecture critique d'article (LCA) qui font entrer l'EBM dans l'évaluation des études médicales.

Les médecins sont aujourd'hui d'âges différents et donc de formation initiale différente. La manière d'appréhender un cas clinique peut donc être différente entre des médecins d'âge différents. Cela peut jouer dans la variabilité de la prise de décision.

I-3-3- le processus complexe de la décision médicale

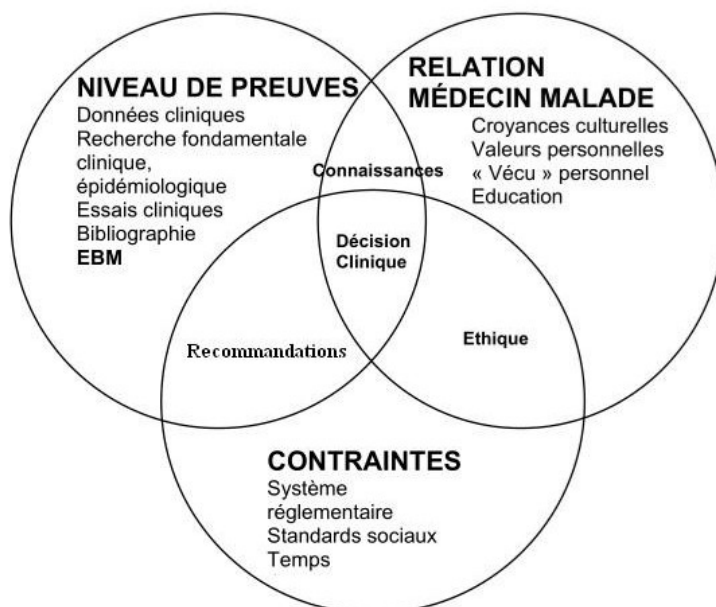
La décision médicale est un acte intellectuel qui consiste à faire un choix entre plusieurs possibilités. Les mécanismes de la décision en médecine générale sont complexes. La décision est le fruit de différentes composantes : composantes biomédicales (objectives), et composantes autres, plus subjectives (liées à la relation, la personnalité du médecin, celle du patient, l'environnement...) (21, 22). Ceci peut expliquer que des situations qui semblent similaires au point de vue biomédical puissent donner lieu à des décisions différentes.

Pour Chabot (23), la décision en médecine repose sur le trépied suivant (24) :

- Les données actuelles de la science, déterminées à partir d'études scientifiques dotées d'un certain niveau de preuve, donnant lieu à des recommandations de grade variable.

- Les données de la relation médecin-patient, qui sont liées à la personnalité du médecin(25), à celle du patient dont son âge (26, 27), à l'interaction qui se noue entre elles dans le cabinet de consultation (28), et aux influences extérieures (famille par exemple) (29), conscientes ou non qui s'exercent sur ces 2 personnalités (30).

- Les contraintes du moment qui sont d'ordre financière, temporelle, réglementaire et médico-judiciaire (10, 25, 31, 32).



Junod, dans son ouvrage « Décision médicale ou la quête de l'explicite »(33), parle des "modulateurs ou parasites" de la décision médicale qui viennent perturber notre "faculté à gérer les problèmes de façon rationnelle, lucide et objective" et qui souvent modulent inconsciemment les décisions et donc la prise en charge des patients.

Parmi ces modulateurs, il dégage les facteurs intrinsèques inhérents au médecin, que sont sa personnalité, ses attributs et ses fantasmes.

Junod met également en garde contre le poids du phénomène de la représentation dans les décisions médicales. Il a été montré que la présentation du patient influence de façon importante la décision du médecin. Ainsi, le médecin aura une attitude différente face à deux patients de même âge, aux antécédents similaires, décrivant la même histoire clinique avec l'usage des mêmes mots, l'un ayant une présentation soignée, l'autre une présentation plus aléatoire.

En dehors de ces modulateurs, qui influencent les décisions du médecin la plupart du temps de façon inconsciente, il y a des paramètres non-médicaux que le médecin prendra consciemment en compte dans ses décisions. Cela renvoie au concept d'espace de liberté décisionnelle. La pleine utilisation de cet espace de liberté concernera les nombreuses situations où il n'existe pas de recommandations claires, mais également d'autres situations.

De plus, la décision médicale a été modifiée au fur et à mesure des années. Avant, le décisionnaire était le médecin avec une attitude paternaliste. Il décidait en pleine connaissance de la science pour le patient. Aujourd'hui, la décision est plus un processus de commun accord entre le médecin qui conseille et oriente et le patient qui prend la décision qu'il jugera utile pour sa santé grâce aux informations du professionnel. L'HAS a d'ailleurs publié un état des lieux: « patients et professionnels de santé: décider ensemble » (34). C'est la décision médicale partagée (loi Kouchner) (35).

Le médecin doit prendre en compte un environnement important non seulement régi par des règles légales, mais aussi un environnement social économique et scientifique (36).

En 2008, SOUM-POUYALET et coll.(37) font « le constat de l'importance de différentes influences culturelles et subculturelles dans le processus de décision médicale » en laissant persister plusieurs questions dont une intéressante: quel poids ont les cultures locales et les constructions individuelles dans l'équation de la décision médicale.

En juin 2009, Anne Vega écrit sur les déterminants de la décision médicale, que l'élaboration du diagnostic est plus la recherche de repères objectifs et subjectifs que l'exécution d'un plan prédéterminé. Elle reprend le principe de décision médicale partagée entre le professionnel expert et l'avis du patient. (38)

Dans son article, Anne Vega explique que la décision repose sur les connaissances scientifiques, l'expérience clinique et l'habileté logique du praticien (son jugement est fondé sur des stratégies cognitives, dont le raisonnement hypothético-déductif). Cette démarche est aidée par la littérature concernant l'*Evidence Based Medicine* qui vise à « appuyer la pratique thérapeutique et préventive sur les preuves les plus solides possibles, et non plus (ou le moins possible) sur l'autorité, le constat, les préjugés, les habitudes des médecins ». Anne Vega indique que « les facteurs individuels restent finalement peu investigués, de même que ceux qui président aux multiples choix médicaux face à un patient donné : nature et priorité des investigations diagnostiques et des traitements, cadres privilégiés pour ces actes, contenu et rythme de l'information à délivrer au patient et à son entourage, etc. Elle indique que malgré « les évolutions scientifiques et les tentatives de rationalisation des connaissances, les travaux en sciences humaines attestent toujours de la persistance de variations dans les décisions et jugements médicaux » (38).

Nicolas Dodier (39), qui est centré sur l'analyse descriptive des postures médicales, retrouve des processus complexes des décisions médicales, « souvent ignorés par les praticiens eux-mêmes ».

L'auteur indique qu'il reste à analyser ces facteurs de la décision « en intégrant la combinaison de valeurs personnelles et professionnelles : cursus, socialisation secondaire auprès de types variés de patients, le genre, l'âge, les valeurs et appréhensions individuelles, les représentations de la « bonne médecine » » .

En conclusion de cette première partie, on voit que la médecine est une profession de science appliquée. Elle évolue sans cesse par les découvertes scientifiques qui apportent beaucoup d'espoir chez les patients.

En parallèle, la profession s'est modernisée pour faire rentrer l'EBM dans la décision. Elle a été utilisée à des fins de recommandations de bonnes pratiques et à l'uniformisation de la décision médicale dans un processus d'efficacité de la santé.

Mais la décision est un acte complexe régi par de nombreux facteurs pouvant être regroupés: le médecin, le patient, le savoir scientifique, et parfois associés à des contraintes environnementales et économiques.

En ce qui concerne le médecin, la grande variabilité des médecins aujourd'hui de par leur âge et leur formation rend difficile l'uniformisation de la décision médicale. Dodier montre un caractère complexe de la décision par l'influence de nombreux facteurs non encore étudiés.

Ainsi la décision médicale pour un cas clinique donné peut être différente d'un médecin à l'autre à cause de ses nombreuses influences. Dans notre travail, nous allons donc identifier ces facteurs qui influencent la décision, et pour réduire le champ de recherche, nous nous intéresserons à la décision médicale d'hospitaliser un patient.

I-4- Objectif

L'objectif principal de notre travail était d'identifier les éléments non médicaux influençant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient en consultation dans un cabinet de Médecine Générale.

II- ARTICLE: LES FACTEURS NON MEDICAUX INTERVIENNENT-ILS LORS D'UNE PRISE DE DECISION CONCERNANT L'HOSPITALISATION D'UN PATIENT EN MEDECINE GENERALE?

LES FACTEURS NON MÉDICAUX INTERVIENNENT-ILS LORS D'UNE PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'HOSPITALISATION D'UN PATIENT EN MEDECINE GENERALE?

O. Bravetti¹, O. Bouchy², J.P. Kahn³, C.Baumann⁴, P. Tabouring⁵, C. Tarquinio⁶, P. Di Patrizio⁷

¹: Médecin généraliste, Département de Médecine Générale faculté de Médecine de Nancy

²: Médecin Généraliste à Revigny Sur Ormain, Maitre de Conférence associé au département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Nancy

³: Praticien Hospitalier de Psychiatrie au CHU de Nancy, Professeur des Universités de Psychiatrie de la faculté de Médecine de Nancy

⁴: Praticien Hospitalier au CHU de Nancy, Maitre de Conférences des Universités de la faculté de Médecine de Nancy

⁵: Médecin Généraliste à Luxembourg et Maitre de stage Universitaire

⁶: Professeur de Psychologie clinique et de Psychologie de la Santé à l'Université de Lorraine

⁷: Médecin Généraliste à Dombasle-Sur-Meurthe, Professeur des Universités de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Nancy

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant cet article.

Abstract:

Context: The medical decision is a complex process influenced by numerous scientific or sociocultural factors, that are the responsibility of the two actors of the medical consultation, that is to say the doctor and the patient. In a medical world where we tend to the standardisation of the practising we can observe a variability of the decision despite common scientific recommendations.

Objective: Identify the non-medical elements that affect the medical decision of the patient's hospitalisation as part of primary care.

Method: Qualitative study by semi-structured interviews.

Results: Many non-medical factors determine the decision of hospitalising a patient in primary care, they are dependent either on patient or on doctor. The patient profile, with his opinion, his understanding, his social and cultural background but also his relatives influence the final decision. From the doctor side, we can notice his experience but also the subjective and organisational factors that surround him. The medical environment (lack of hospital beds, communication with specialists of second recommendation) leads to modify the patient care. The temporality of the consultation play its role into the final decision as well as the legalization of the medical practice.

Conclusion: The standardisation of the medical practices seems to be difficult to apply without any control on these extra medical elements, which actively participate into the doctor's decision, even if some can be changed. Some solutions already exist like City-Hospital Protocols, the creation of Regional Medical Platforms with alternatives to hospitalisation, or even the reflections inside the CPTS on the care pathways. But these measures need to be adjusted depending on ground realities.

Résumé:

- **Contexte:** La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques ou socioculturels, qui incombent aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient. Dans un monde de la santé visant l'uniformisation des pratiques, nous observons une variabilité de la décision malgré des recommandations scientifiques communes.

- **Objectif:** Identifier les éléments non médicaux influençant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient en consultation dans un cabinet de Médecine Générale.
- **Méthode:** Etude qualitative par des entretiens semi-dirigés
- **Résultats:** De nombreux paramètres non médicaux régissent la décision d'hospitaliser un patient en soins primaires, il sont dépendant du patient ou du médecin. Le profil du patient, avec son avis, sa compréhension, son milieu socioculturel, mais aussi son entourage influencent la décision. De la part du médecin, on relève son expérience, les facteurs subjectifs et organisationnels qui l'entourent. L'environnement médical (manque de lits d'hospitalisation, communication avec les spécialistes de second recours) entraînent des modifications de la prise en charge. La temporalité de la consultation entre en jeu dans l'acte décisif, ainsi que la judiciarisation de la pratique.
- **Conclusion:** L'uniformisation des pratiques professionnelles semble difficile à mettre en oeuvre devant le manque de contrôle de ses éléments extra-médicaux qui participent activement à la décision du praticien, même si certains sont modifiables. Certaines solutions existent déjà, comme les protocoles ville-hôpital, mais nécessitent d'être ajustés selon les besoins du terrain.

Mots clés: soins primaires, médecine générale, décision médicale, facteurs non médicaux

INTRODUCTION

La décision médicale repose sur de nombreux facteurs. Aujourd'hui, on tend à l'uniformiser tant sur le plan des examens complémentaires que sur la prise en charge. L'objectif étant de définir pour un symptôme ou une pathologie donnée une prise en charge universelle, permettant d'offrir au patient une prise en charge optimale quelque soit le médecin consulté et créer une égalité des soins entre tous les patients sur le territoire.

Le médecin généraliste a pour cela de nombreuses aides: les recommandations de la Haute Autorité de Santé avec des protocoles et des parcours de soins définis pour une pathologie; l'Evidence Based Medicine permettant au praticien d'orienter sa décision en fonction des meilleurs niveaux de preuve possible. Il existe de nombreux systèmes d'aide au diagnostic et à la thérapeutique.

Or, la médecine est un Art régi par de nombreux facteurs scientifiques et éthiques, mais pratiqué par une personnalité définie par de nombreuses influences: le médecin. Il existe autant de types de médecine générale que de médecins généralistes, malgré des schémas d'aide à la prise en charge. La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques, psychologiques ou socioculturels, incombant aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient.

Nous avons décidé de nous restreindre à l'hospitalisation d'un patient en soins primaire pour réduire le champ de la recherche et cibler une seule prise en charge, afin de mieux cerner le processus décisionnel.

Il semble judicieux de déterminer les facteurs non médicaux influençant la décision d'hospitalisation d'un patient au cours d'une consultation de Médecine Générale.

Aucune étude qualitative n'a encore cherché à référencer les différents éléments non médicaux impactant la décision médicale recueillis directement auprès des médecins généralistes face à une situation clinique.

OBJECTIF

L'objectif principal de notre travail était d'identifier les éléments non médicaux impactant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient dans le cadre de soins primaires.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus group auprès des médecins généralistes lorrains.

Nous avons procédé au recrutement des intervenants par appels téléphoniques auprès de cabinets de médecine générale isolés, de Maisons de Santé pluriprofessionnelles; et en ciblant les 3 principaux modes d'exercice: rural, semi-rural et urbain. Nous avons cherché à faire intervenir autant de femmes que d'hommes et d'âges différents.

Nous avons cherché à être le plus représentatif possible de la population actuelle en médecine générale, tout en étant tributaire de leur réponse et de leur disponibilité.

Les focus group se déroulaient dans une salle neutre et calme, d'une durée d'une heure à une heure et demi. Un orateur animait le débat, un observateur notait les éléments clés de la conversation et décrivait les attitudes des participants. Le sujet du débat était exposé succinctement par l'auteur, puis chaque participant présentait une situation d'hospitalisation en médecine générale qu'il avait apporté. Puis nous nous sommes appuyé sur un guide d'entretien pour poursuivre le débat. Ensuite si la discussion permettait d'apporter des éléments, nous laissions cours à l'échange, sinon nous réorientions la discussion à l'aide de questions de relance.

Le guide d'entretien était composé de 7 questions ouvertes avec des relances pour stimuler l'échange entre les participants (tableau 1).

tableau 1: guide d'entretien
1. a- En ce qui concerne votre cas, quels sont les éléments vous ayant fait décider l'hospitalisation? b- Avez vous hésité? Si oui, sur quels paramètres? Si non, pourquoi? c- Avec le recul, auriez-vous fait différemment? Si oui, qu'auriez vous modifié dans votre prise en charge? Et quelles sont les raisons de votre réflexion?
2. Avez vous suivi des recommandations médicales ou bien votre propre expérience? Si oui, quelles sont vos sources?
3. Pensez-vous que le profil de votre patient vous influence dans votre décision d'hospitalisation ou non? Si oui, sur quels arguments?
4. Pensez-vous que vos liens avec vos patients ont un impact sur votre décision d'hospitalisation ou non?
5. a- Votre état émotionnel ou votre humeur peuvent-ils influencer vos décisions d'hospitalisation ou non? b- Avez vous déjà rencontré ce cas de figure dans le passé? Si oui, cela a-t-il influencé votre décision?
6. Pensez-vous que le moment de la consultation est un facteur de votre prise en charge?
7. a- Pensez-vous que la judiciarisation de la pratique médicale vous pousse à prendre la décision d'hospitaliser? Si oui, dans quelle mesure? b- Le poids économique de l'hospitalisation ou de la non hospitalisation influence t-il vos décisions?

Les focus group ont été enregistrés, puis les données ont été anonymisées. Chaque focus group enregistré a été intégralement retranscrit sans correction ni reformulation de propos.

Puis, après plusieurs relectures attentives, nous avons réalisé tout d'abord un tableau de décontextualisation et mise en formes des verbatims pour chaque entretien. Ensuite, le regroupement des tableaux de décontextualisation a permis de réaliser un tableau d'encodage global validé par le thésard et le directeur de thèse lors d'une triangulation. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence les idées développées durant les entretiens.

RESULTATS ET ANALYSES DES RESULTATS

1- population de l'étude

Les focus group se sont déroulés d'août 2016 à mars 2017. Nous avons essayé d'en réaliser un par département lorrain. Chaque focus group était composé de 6 à 7 médecins. Les caractéristiques de la population ont été regroupés dans le tableau suivant.

tableau 2: caractéristiques de l'échantillon				
focus group ville (département)	FM Bar Le Duc (55)	FMeM Longwy (54-57)	FV Nomexy (88)	FN Nancy (54)
Nombre de participants	7	7	6	7
âge moyen	55 ans	66 ans	42 ans	56 ans
proportion d'hommes et de femmes	1 femme et 6 hommes	2 femmes et 5 hommes	3 femmes et 3 hommes	1 femme et 6 hommes

Le tableau 3 expose les caractéristiques des participants par focus group.

tableau 3: caractéristiques des participants				
focus group	FM	FMeM	FV	FN
participants sexe, âge, lieu d'exercice	A- homme, 63 ans, rural	A- homme, 69 ans, retraité semi-rural, remplaçant	A- homme, 30 ans, rural	A- homme, 62 ans, semi-rural
	B- homme, 66 ans, semi-rural	B- homme, 63 ans, semi-rural	B- femme, 30 ans, semi-rural	B- femme, 56 ans, semi-rural
	C- homme, 61 ans, urbain	C- femme, 46 ans, semi-rural	C- femme, 45 ans, rural	C- homme, 62 ans, urbain
	D- femme, 33 ans, semi rural	D- homme, 60 ans, rural	D- homme, 37 ans, semi-rural	D- homme, 63 ans, semi-rural
	E- homme, 50 ans, urbain	E- homme, 55 ans, urbain	E- femme, 45 ans, rural	E- homme, 55 ans, semi-rural
	F - homme, 64 ans, rural	F- homme, 55 ans, semi-rural	F- homme, 66 ans, retraité rural	F- homme, 56 ans, semi-rural
	G- homme, 51 ans, urbain	G- femme, 50 ans, urbain		G- homme, 3è ans, semi-rural

La retranscription de l'ensemble des focus group ainsi que l'encodage, puis la triangulation ont pu faire émerger deux grands thèmes regroupant les éléments déterminants de la décision médicale en dehors de l'aspect médical scientifique. Le premier thème correspondait plutôt aux facteurs intrinsèques dans la relation médecin patient. Le deuxième était, quant à lui, plutôt orienté par les facteurs extrinsèques extérieurs aux deux acteurs d'une consultation.

2-1 les facteurs intrinsèques à la décision médicale

2-1-1 les éléments inhérents au patient

L'avis du patient était un élément clé. « l'avis de la patiente, ça c'est important » (FV A115). Parfois même, l'avis du patient « fait prendre cette décision » (FV A122), surtout en cas d'opposition de sa part: « si ils me disent moi je veux vraiment pas aller à l'hôpital, si il veut pas y aller il veut pas y aller » (FM F768). « le refus c'est un critère qui devient de plus en plus important » (FMeM D522).

Le médecin devait composer avec l'avis du patient et il devait l'accepter et le respecter pour obtenir une décision appropriée « il faut accepter la volonté du patient » (FMeM D531).

Les facteurs physiologiques jouaient un rôle important. Les patients âgés étaient la plupart du temps considérés comme fragiles « la fragilité, l'âge » (FN E625), « mes critères d'hospitalisations étaient son grand âge... » (FMeM C109). La perte d'autonomie psychique ou mentale du patient incitait le médecin généraliste à hospitaliser un patient indépendamment du motif médical, « difficulté à marcher à s'alimenter » (FMeM F34). Un maintien à domicile compliqué devenait un motif d'hospitalisation « la difficulté de maintenir à domicile » (FM F486).

Le manque de compréhension du patient « une compréhension un quotient intellectuel du point de vu cognitif » (FN D92), « c'est quelqu'un qui comprend pas grand chose » (FV C70): En cas de déni des symptômes ou de la pathologie par le patient, le médecin décidait une prise en charge hospitalière. « des fois on va demander une hospitalisation pour être sur qu'ils ont bien compris le problème » (FN B772). Un patient avec un comportement difficile et non observant « c'est un patient qui est impossible à gérer » (FV C295) pouvait modifier la décision.

L'éloignement du domicile du patient par rapport au cabinet médical était un facteur décisif « si elle avait habité plus loin je pense que je l'aurais hospitalisé » (FV A125). La difficulté d'accès au logement du patient entrainait en compte dans l'hospitalisation « il a une maison très peu accessible » (FN C481), « qui habite tout en haut d'une rue très pentue » (FN C472).

Le contexte socio-économique: La précarité influençait l'hospitalisation « le contexte social et psychologique ça joue pas mal je pense » (FV A352), « ça joue sur le maintien à domicile ou pas » (FV B354). A l'inverse, les conditions sociales favorables permettaient d'éviter une rupture avec le milieu de vie habituel « quand tu as une hospitalisation tu sais que tu devrais aller en hospitalisation si les conditions socio-familiales sont favorables tu te dis il va rester à la maison on peut essayer de faire des choses » (FV B356). Les représentations du médecin, entre autres la catégorie socioprofessionnelle du patient, avaient un impact dans la décision: « la situation sociale de la famille peut m'influencer » (FM

E935), « tu es plus ou moins à l'aise ou mal à l'aise effectivement devant le procureur ou devant des gens du voyage » (FM A997). Son statut marital était aussi pris en compte par le médecin « il est veuf il vit seul » (FN C126).

2-1-2 les facteurs liés au médecin

Les facteurs organisationnels du médecin: Le lieu d'exercice semblait être un facteur prédominant: « je pense moi personnellement actuellement le critère d'hospitalisation c'est le lieu d'exercice » (FMem D295), « il y a le critère géographique » (FMem D356), impacté par la difficulté d'accès aux avis spécialisés « le recours au spécialiste c'est plus facile dans le sud de la France que dans le nord » (FMem F776). Ainsi « l'isolement du médecin généraliste » (FM F490) modifiait le recours à l'hospitalisation. La disponibilité du médecin et la charge de travail étaient mis en avant par les médecins « je pense qu'il y a la possibilité de suivi qui rentre en compte » (FM G338), « tu n'aurais pas eu la possibilité de retourner tous les deux jours (en regardant A) tu l'aurais hospitalisé » (FV B430).

L'état émotionnel du médecin: Une part de sensibilité et d'affect était mis en évidence dans la décision « on traite c'est des êtres humains on est des hommes donc avec notre affectivité donc c'est difficile » (FMem E668), « même pour un patient lambda tu as toujours une part d'affectivité » (FMem E662). Les émotions du médecin jouaient un rôle « demain à tel heure je serais plus normal (rires) je serais moins anxieux je serais moins en colère moins ceci cela donc peut être que en le revoyant demain je je l'hospitaliserais » (FM F742).

Le doute intervenait dans la prise de décision « quand j'ai le moindre doute quand je pense à l'hospitalisation c'est qu'il faut y aller c'est qu'il y'a quelque chose » (FN E661), « moi dans l'hésitation aussi comme ça j'ai hospitalisé un patient » (FN B782).

Les préoccupations personnelles du médecin: « tu peux avoir la tête ailleurs et tu peux passer à côté d'une hospitalisation » (FMem D693), « il y'a des raisons personnelles psychologiques et autres qui peuvent jouer, psychologiques environnementales patient famille » (FM F615).

L'expérience du médecin était quasi constante dans la décision « en fait ma propre expérience parce que j'avais été en stage en chirurgie » (FN G609). Le souvenir d'un cas similaire entraînait la duplication de sa prise en charge « quand t'as eu le cas ton patient a eu un problème tu l'as pas hospitalisé finalement ça c'est pas bien passé ben la fois d'après tu fais plus attention » (FMem B703).

La prise en charge de la globalité du patient en soins primaires était un élément important dans la décision sous l'angle biomédical, mais aussi social pour faire pencher la balance vers un maintien à domicile ou pas « on ne soigne pas un organe mais un organe qui appartient à un patient dans un environnement » (FN E722).

Certains médecins prenaient en compte **la protection de leur image ou de leur réputation** lors de certains choix « oui je vais hospitaliser plus facilement pour des raisons non médicales histoire de ne pas accroître la rumeur où éventuellement de ne pas provoquer une histoire judiciaire c'est plutôt la rumeur désagréable à mon encontre » (FM F916).

Le critère économique impactait la décision pour certains médecins, car le maintien à domicile engendrait des économies « pour moi maintenant le grand critère d'hospitalisation ça reste le critère économique » (FMem D869), « l'aspect financier j'y ai pensé aussi je me suis dit que faire des visites sur 10 jours c'est mieux que faire une hospitalisation de 7 jours » (FV A139).

2-1-3 le poids de la relation patient-médecin

la décision partagée entre le médecin, le patient et sa famille: « j'ai pas mal discuté avec elle et ses proches » (FV A9).

Les relations amicales ou familiales entre le médecin et le patient modifiaient la décision « quand on traite quelqu'un de sa famille ou un ami on se comporte pas exactement pareil » (FN G828), « non je pense que ton entourage tu ne le soigne pas pareil » (FM D715), « j'ai emmené mon père à l'hôpital une fois ou deux ou trois t'es pas vraiment objectif tu perds ton objectivité » (FMem B607). « les liens ont des répercussions sur la décision » (FN D821).

L'ancienneté de la relation entre patient et médecin perturbait la décision « même avec nos patients c'est un peu comme ça finalement quand t'as des patients que tu connais depuis 30 ans avec qui t'es très proche t'as peut être pas la même réaction qu'avec un patient qui tu vois en garde » (FMem B635). Le médecin hospitalisera plus facilement un patient qu'il ne connaît pas « on hésite pas à les hospitaliser quand tu les connais pas » (FV D396).

Les différents éléments intrinsèques de la décision sont résumés dans le tableau 4.

tableau 4: les éléments intrinsèques de la décision		
en rapport avec le patient	en rapport avec le médecin	concernant la relation médecin-patient
avis du patient	facteurs organisationnels	décision médicale partagée
facteurs physiologiques	état émotionnel du médecin	relation amicale ou familiale entre le médecin et le patient
manque de compréhension du patient	doute	ancienneté de la relation
éloignement du domicile du patient	préoccupations personnelles	
contexte socio-économique	expérience du médecin	
	prise en charge du patient dans sa globalité	
	la protection de la réputation du médecin	
	critère économique	

2-2 les facteurs extrinsèques

2-2-1 l'entourage du patient

L'absence d'aidant ou de famille auprès du patient est primordial dans l'hospitalisation d'un patient « la personne en isolement seule pas de famille et tout pas bien si il est pas bien tu hospitalises » (FV F601), « la famille qui ne voulait pas la prendre en charge » (FMeM C110).

La pression familiale: « il y avait sa famille qui était là et qui me disait mais faites quelque chose » (FMeM F560), « une tierce personne à côté « docteur vous voulez pas l'hospitaliser » (FMeM A90), « on est influencé par les gens par l'hôpital et l'endroit qui va le recevoir » (FN G538).

Le manque de compréhension de l'entourage: « il y a plein de raisons qui sont de l'ordre de la difficulté de communiquer avec la famille ou le patient » (FMeM F349), « pas sûr d'avoir été compris par la mère peu corticalisée » (FM B296).

2-2-2 l'accès au second recours dans la prise en charge

Le manque de communication auprès de l'hôpital ou du spécialiste: « je vais pas aller vers l'hospitalisation ou le spécialiste parce que je sais que je vais pas réussir à l'avoir » (FMeM B542), « quand tu veux envoyer un patient en hospitalisation à l'heure actuelle ça reste la galère ... et ça ça peut t'influer tu vas différer » (FMeM D783).

La difficulté de recours aux spécialistes et aux examens complémentaires: « si tu trouves pas de correspondant ici et que vraiment t'as un doute » (FMeM D359), « la difficulté d'arriver à obtenir des examens ou des spécialistes rapidement » (FM F487).

L'absence de lits d'hospitalisation contraignait à un renoncement d'hospitalisation « il m'arrive parfois de ne pas hospitaliser une personne et de la prendre en charge parce que de toute façon il n'y a pas d'orientation possible il n'y a personne qui peut l'accueillir » (FMeM D299).

Le regard des confrères hospitaliers sur le médecin « ils ont l'impression que tu te débarrasses du patient et que la famille se débarrasse du patient » (FMeM B378) « c'est un reproche très fréquent » (FMeM F380).

La charge administrative pour le médecin dans le cadre de l'hospitalisation ou du maintien à domicile était un frein « c'est des fois la masse de papiers et autre que ça représente qui me qui me freine » (FM C522).

2-2-3 la temporalité et le volume de travail

Les consultations de fin de journée ou de fin de semaine étaient plus facilement source d'hospitalisation « il y a des choses qu'on va pas traiter pareil un lundi matin et une fin de journée ou veille de week end » (FN E871), « ça peut modifier la façon d'hospitaliser voir de prendre des décisions le vendredi et en début de semaine » (FM A352). « le patient que j'aurais vu un samedi midi ou j'avais pas la possibilité de faire une prise de sang et puis d'avoir le spécialiste il allait aux urgences le samedi midi quoi » (FV B462).

« si c'est dans l'après midi tu es coincé, tu envoies aux urgences » (FM B320), moment où il n'y a plus d'accès en ambulatoire à des examens complémentaires.

Le retard accumulé par médecin dans la journée modifiait la pratique « tu te dis j'ai pas le temps de trop l'examiner j'ai pas le temps de l'interroger là franchement je suis à la bourre je peux pas faire autrement » (FV C425)

La charge de travail du médecin: « qu'on a une journée atroce qu'on a pas le temps d'organiser les visites à domicile on aurait peut être plus facile à les envoyer aux urgences » (FN G848).

2-2-4 la judiciarisation de la pratique médicale

La peur de poursuite judiciaire: « je me dis bon on va pas gérer hôpital parce que si il y a un problème c'est pour ma pomme quoi en fait » (FV D535).

« envoyer aux urgences pour diluer les responsabilités » (FM F21, FM F53).

2-2-5 Internet

La consultation d'internet par le patient « ça peut influencer je veux dire aussi son hospitalisation car il va te dire je viens de regarder là sur internet et mes signes évoquent » (FMeM E802).

Les facteurs extrinsèques sont résumés dans le tableau 5.

tableau 5: les facteurs extrinsèques de la décision				
entourage du patient	accès au second recours de la prise en charge	temporalité et volume du travail du médecin	judiciarisation de la pratique médicale	internet
absence des aidants ou de la famille	manque de communication auprès de l'hôpital ou du spécialiste	consultation de fin de journée ou de fin de semaine	peur de poursuites judiciaires	consultations d'internet par le patient
pression de la famille	difficulté de recours aux spécialistes ou aux examens complémentaires	retard accumulé par le médecin dans la journée		
manque de compréhension de l'entourage	absence de lits d'hospitalisation	la charge de travail		
	le regard des confrères hospitaliers			
	la charge administratives pour le médecin			

DISCUSSION

1 les limites de l'étude

L'animation des focus group et le manque d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative du thésard ont constitué des limites à ce travail, mais le double codage avec le directeur de thèse permettait de limiter les biais. Comme dans la plupart des études qualitatives on retrouvait un biais de recrutement, puisque nous étions tributaire de la réponse et de la disponibilité des médecins sollicités, pouvant aussi influencer la validité externe de l'étude.

2 la décision médicale un processus complexe, difficile à uniformiser

Aujourd'hui, toute décision médicale doit se faire grâce à l'EBM et aux recommandations consensuelles. La recherche scientifique est ainsi basée sur les meilleures preuves biomédicales de l'intérêt de mener une prise en charge donnée plutôt qu'une autre. L'objectif est d'assurer les meilleurs soins aux regards des données actuelles de la science. Malheureusement, l'EBM ne semble pas applicable dans toutes les situations, puisqu'une multitude d'éléments extérieurs interagissant dans la prise de décision, en dehors du caractère biomédical.

Un grand nombre d'éléments viennent perturber la décision médicale concernant l'hospitalisation d'un patient en soins primaires.

En effet, les médecins généralistes sont confrontés à des situations cliniques parfois similaires, mais leur réaction n'est pas uniforme, puisque des facteurs externes à la science et au fondamentaux de la pratique médicale surviennent et interagissent pour aboutir à une prise de décision.

Comme indique Anne Vega dans son article sur les déterminants de la décision médicale (1), cette dernière repose sur les connaissances scientifiques, aidé par l'EBM, ainsi que sur l'expérience clinique et l'habileté du médecin. Mais malgré la tentative de rationalisation des connaissances, il persiste des variations dans les décisions et jugements médicaux possiblement en rapport avec des facteurs individuels.

La décision ne se construit donc pas sur des éléments purement médicaux, mais sur des facteurs multiples intrinsèques et extrinsèques à la consultation et à la relation médecin-malade.

Dodier (2) indique, dans son analyse descriptive des décisions médicales, qu'il faut analyser les facteurs « intégrant la combinaison de valeurs personnelles et professionnelles ».

La décision médicale partagée (3, 4) introduite par la loi Kouchener prend en compte l'opinion du patient. Mais en dehors de celle-ci, l'étude nous montre l'importance des deux acteurs de la consultation, du cadre, des éléments externes (aidant, relation ville-hôpital). Ainsi, la compréhension du patient, son lieu d'habitation ou le contexte sociofamilial peuvent devenir prépondérants par rapport au motif médical et aboutir à un changement de décision ou précipiter une hospitalisation.

Le cadre entourant le médecin peut devenir un élément essentiel: un manque de temps à consacrer au patient, un retard important ou la peur d'un procès, d'une plainte peuvent le pousser à décider sans motivation médicale.

La décision peut être modifiée à plusieurs points de vue. Pour une histoire clinique similaire, mais une présentation de patient différente au niveau de son environnement, son habitat, ses capacités cognitives et autres, le même médecin formulera des hypothèses décisionnelles différentes. Ses choix seront différents d'un médecin à l'autre, influencés par leurs expériences différentes, la relation patient-médecin, le moment de la consultation ou la peur des plaintes. Junod appelle cela les « éléments parasites » (5).

Il semble difficile voire utopique d'obtenir une décision uniforme chez les près de 89000 médecins généralistes en France, même avec des outils d'aide à la décision.

3 Une part de subjectivité

La décision est objective en cas d'existence d'éléments cliniques pertinents ou en cas d'urgence vitale. Mais en l'absence de ces derniers, la subjectivité intervient.

Pour la Société Française de Médecine Générale (Kandel O et coll, 6) certains des composants de la décision médicale sont qualifiés de « subjectifs »: la personnalité du médecin, celle du patient, leur environnement par exemple. Dans notre travail, nous avons cherché à identifier les éléments émanants de ces chaînons subjectifs de la décision.

Nous retrouvons ces éléments mais nous avons pu souligner que le médecin décidait en fonction de ses affects et de sa sensibilité. Or, ces facteurs sont difficilement définissables car ils sont propres à chaque médecin, par son histoire de

vie personnelle, son expérience professionnelle, son émotion au moment de la consultation qui est variable dans une journée de consultation ou selon la charge de travail.

Ainsi, en reprenant la complexité de définition de l'Homme par les grands auteurs (Rousseau (7), Socrate (8)), il existe autant de pratiques de médecine générale que de médecins généralistes et certains facteurs semblent difficiles à maîtriser.

La subjectivité et l'affectivité restent des éléments importants dans la décision médicale (1, 2). Elles font partie intégrante de l'espèce humaine dans laquelle s'inscrit le médecin. C'est le concept d'espace de liberté décisionnelle introduit par Junod (5).

A contrario on pourrait avancer que cet aspect affectif et subjectif de la décision permet tout de même l'adaptation de la décision médicale au patient. C'est le concept de personnalisation de la décision (3), tout en appliquant les recommandations de bonnes pratiques. Dans notre étude, les médecins essaient de conjuguer ces deux aspects.

4 l'importance de la communication médecin-patient

La décision est impactée par la relation médecin-patient. Nous voyons que le processus décisionnel peut être influencé par un biais dans la relation, comme par exemple une relation amicale ou familiale entre le médecin et le patient.

Depuis la loi Kouchner, la notion de décision médicale partagée fait acte de la place égale du médecin et du patient dans la décision. Cécile Fournier (9) explique qu'une meilleure communication médecin-patient améliore le suivi des traitements et les résultats cliniques. Elle indique que pour certains sociologues « la relation médecin-malade dépend des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction individuelle ». Du point de vue du praticien, certaines approches de la relation renvoient à « une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. Elle repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa vie privée, ses sentiments, son attitude et ses besoins ».

5 Des parcours de soins compliqués et chaotiques

5-1 La rationalisation des lits d'hospitalisation voulue par les entités administratives

Un élément ressortant dans notre étude est le problème de la disponibilité en hospitalisation.

En effet, au cours de la réalisation des focus group, nous nous sommes aperçus que la diminution des lits d'hospitalisation entraîne de la part des médecins un renoncement à hospitaliser leurs patients ou entraînant des retours précoces.

En raison de la modification de la cartographie hospitalière avec la diminution de certains services dans les hôpitaux dit « périphériques » de proximité dans les villes moyennes, et le processus de rationalisation des lits dans les services, il devient de plus en plus compliqué d'hospitaliser un patient. Un des médecins les plus âgés participant à l'étude s'exclamaient « il y a 10-15 ans, les hospitalisations étaient plus faciles, parce qu'on arrivait à joindre plus facilement le médecin parce qu'il y avait plus de lits... il avait une facilité de lit » (FMeM 841D). Mais à contrario, un autre médecin disait « plus l'hôpital avait de patients, plus il était payé, voilà on a quand même changé le plan de financement des hôpitaux » (FMeM 867B).

Face à ce constat, les médecins généralistes vont changer de stratégie et vont proposer de plus en plus de prise en charge ambulatoire devant le refus ou la difficulté à obtenir des lits d'hospitalisation ou des retours précoces après un passage aux urgences.

5-2 les difficultés d'accès au second recours

La difficulté d'accès à un avis spécialisé, en raison de la diminution démographique médicale entraîne des délais de rendez-vous incommensurables pour des consultations de second recours ou des examens complémentaires, entraînant les médecins généralistes à hospitaliser pour permettre une prise en charge optimale.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2017 (10), la Cour des Comptes rapporte que le nombre de médecins spécialisés en Médecine Générale diminue contrairement au nombre des autres médecins spécialistes. Aujourd'hui, les médecins spécialistes sont de plus en plus hyper-spécialisés et ne prennent plus en charge le patient dans sa globalité. De plus, ces hyper-spécialistes exercent dans les grands centres, comme les centres hospitalo-universitaires, mais peu viennent exercer dans les hôpitaux des villes moyennes, car leur exercice demande un plateau technique lourd. Ce manque de prise en charge globale au sein des spécialités d'organe entraîne des allongements du délai d'accès aux consultations.

5-3 Des maintiens à domicile difficiles

Dans notre étude, un motif d'hospitalisation fréquent est le maintien à domicile impossible. Face à une population vieillissante, l'hospitalisation peut être motivée par des éléments plutôt environnementaux. Ainsi, en dehors de tout élément médical urgent ou grave, un médecin peut demander une hospitalisation pour protéger le patient en cas de dégradation de son état.

En contrepartie, les patients sont renvoyés à leur domicile pour absence de problème médical et manque de lits au sein de la structure hospitalière. Les patients sortent de l'hôpital après une hospitalisation sans même que l'autonomie du patient ne soit évaluée ou en l'absence de plan de soins personnalisé.

En soins primaires, la prise en compte de l'environnement familial et culturel du patient est primordiale. On assiste donc à un décalage entre médecin de ville et médecine hospitalière avec un regard simplement biomédical, surtout dans les centres hyper spécialisés. Les médecins généralistes se trouvent dépourvus si la difficulté du maintien à domicile est liée à des causes non médicales.

Une des réponses si le problème est biomédical, est l'hospitalisation à domicile (HAD, (11)) pour éviter une institutionnalisation. En pratique, la sollicitation de l'HAD par le médecin généraliste reste sensiblement identique à la demande d'une hospitalisation classique, mais les jours fériés ainsi que les week ends, son application n'est pas possible.

Mais il manque des solutions si le maintien à domicile est lié à un problème social. Une des réponses pourrait être apportée par la création de structures type Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique, plus nombreuses avec une entrée directe par les soins primaires.

6 Limiter les facteurs non médicaux

6-1 L'EBM

L'EBM est un outil d'aide à la décision pour le médecin. Elle limite un certain nombre de facteurs inhérents au médecin et au patient, laissant une place prépondérante aux données biomédicales les plus abouties.

Malheureusement, comme indiqué ci-dessus, l'EBM ne permet pas de limiter tous les facteurs, et en particulier ceux concernant l'accessibilité à l'hospitalisation, aux avis spécialisés et aux examens complémentaires.

6-2 L'amélioration du parcours de soins

Un manque de communication existe entre la médecine de soins primaires et la médecine hospitalière dans les deux sens, créant des ruptures de soins. Les médecins généralistes dépourvus de moyens décident d'hospitaliser même en l'absence de nécessité immédiate en raison de l'impossibilité de joindre un médecin hospitalier.

En France, depuis 2011, des réseaux de santé permettent la coordination des soins entre secteur hospitalier et extra-hospitalier (12).

Le bilan contrasté sur le territoire français de ces réseaux a fait mettre à disposition des différentes agences régionales de santé un guide méthodologique paru en 2012 « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » (13).

Ce guide propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients et d'éviter des hospitalisations non programmées.

Cette mesure vise non seulement l'amélioration des pratiques et l'efficacité, mais aussi l'uniformisation de la prise en charge en soins primaires en France.

D'où la nécessité d'avoir dans les services hospitaliers un interlocuteur privilégié pour les médecins généralistes. Ce nouveau métier permettrait de rompre avec l'isolement parfois ressenti des médecins de premiers recours face à l'hôpital, entraînant une meilleure coordination de la prise en charge ville-hôpital.

L'orientation de la prise en charge d'un patient par des examens complémentaires ou des thérapeutiques mise en oeuvre en ambulatoire après l'avis de l'interlocuteur hospitalier éviterait des séjours hospitaliers et permettrait une programmation dans des délais raisonnables.

6-3 Une réorganisation du parcours de soins

6-3-1 CPTS et PTA

La création des PTA (14) apporte au médecin généraliste un soutien dans l'organisation des parcours de soins complexes. En effet, elle apporte aux médecins de premier recours l'information et l'orientation vers les ressources médico-sociales du territoire. Elle apporte une réponse aux interrogations soulevées par les médecins de notre étude. Elle permet au médecin généraliste qui active ces services, d'avoir recours à un rendez-vous spécialisé dans les meilleurs délais. Ceci traduit la volonté d'inscrire les PTA dans le cadre d'une meilleure organisation des soins au profit du patient et au service des médecins de premiers recours.

Les CPTS (14) ont pour vocation d'associer les acteurs du premier et du second recours, hospitaliers et libéraux et du médico-social afin de s'organiser pour travailler ensemble au sein d'un territoire donné. L'espoir dans ces structures est d'établir un dialogue entre la ville et l'hôpital, afin de fluidifier les parcours de soins et de répondre aux besoins du territoire en offre de soins.

6-3-2 Equipe de Soins Pluridisciplinaire (ESP)

Le changement de paradigme dans le cadre des soins primaires avec le regroupement des professionnels de santé au sein d'ESP a pour but d'éviter des hospitalisations pour motif social par l'organisation en amont de Réunions de Concertations Pluridisciplinaires ou de protocoles pluriprofessionnels ou d'augmenter les recours à l'HAD.

Un secrétariat permet de décharger les tâches administratives et d'éviter des hospitalisations liées à la surcharge de travail.

Le secrétariat permet aussi aux médecins de se décharger de la prise de rendez-vous auprès des spécialistes d'organe et d'établir un contact avec le monde hospitalier, sans les temps d'attente.

6-4 Limiter les affects par les groupes d'échange de pratique

La méthodologie des groupes de pairs organisée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) est reconnue et validée par la HAS. La SFMG (15) indique que ces groupes permettent aux médecins de jeter un œil critique sur leurs pratiques en les comparant aux données de la science et à celles de leurs pairs. C'est un moment d'échange entre médecins qui permet de diminuer l'affect du médecin sur une situation donnée. Cela aboutit à contenir la subjectivité dans certaines prises de décision.

CONCLUSION

Aujourd'hui, le monde de la santé court après l'efficacité. En effet, l'ensemble des politiques de santé oriente leur démarche vers une amélioration de la qualité des soins à moindre coût. Cet élan vers la performance est orienté par le patient au centre de la prise en charge. L'intérêt de ces mesures est de promouvoir la meilleure prise en charge du patient, tout en prenant en compte la personnalisation de la décision en fonction du contexte.

C'est ce concept d'uniformisation de la pratique médicale qui est mis en exergue depuis plusieurs années pour répondre à l'EBM. Chaque patient en France doit bénéficier des meilleures avancées scientifiques quelque soit l'endroit où il est soigné.

Cette étude a permis d'identifier les facteurs non médicaux influençant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient en soins primaires.

Elle recense l'ensemble des éléments ou modulateurs intervenant dans les choix de prise en charge médicale ne reposant pas que sur l'EBM.

Certains sont liés au patient mais aussi à son entourage, au médecin, à la temporalité et aux autres acteurs de la prise en charge, et influencent la décision du médecin.

Ces paramètres vont être pris en compte de façon consciente par le médecin pour l'aider dans sa décision, mais parfois ils interviennent dans le processus décisionnel de manière inconsciente. Le profil du médecin, avec son expérience et son affect, modifie la prise en charge.

Afin de limiter ces facteurs non médicaux en favorisant le maintien à domicile, il faut améliorer le parcours de soins avec des mesures comme la généralisation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

(PAERPA), la création des PTA avec des alternatives à l'hospitalisation et des réflexions au sein des CPTS sur les parcours de soins.

Mais il restera toujours des facteurs inhérents au médecin (subjectivité, émotion...) impactant la décision médicale. La participation à des groupes d'échange de pratique entre pairs pourrait peut-être limiter ces facteurs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'ARTICLE

1. Vega A. Les déterminants de la décision médicale. Un point de vue sociologique. *Médecine*. 1 juin 2009;5(6):2826.
2. Dodier N, Darbon S. Eliot Freidson, La profession médicale. *Sciences sociales et santé*. 1985;3(1):12943.
3. HAS. Patient et professionnels de santé: décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impacts de la « décision médicale partagée ». 2013 oct.
4. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec*. 15 oct 2014;Tome 62(4):47.
5. Junod A, Nendaz M-R, Housset B. *Décision médicale. Ou la quête de l'explicite*. Genève: Médecine & Hygiène; 2007.
6. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel Théorique de Médecine Générale fiche numéro 32 elements de la démarche décisionnelle [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/834/fichier_demarche_decisionnelle-b2861.pdf
7. La définition de l'homme chez Rousseau | Implications philosophiques. [cité 17 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.implications-philosophiques.org/ethique-et-politique/ethique/humanisme-ethique/la-definition-de-lhomme-chez-rousseau/>
8. La leçon de Socrate – définition de l'homme | Implications philosophiques. [cité 17 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/la-lecon-de-socrate-definition-de-l%e2%80%99homme/>
9. Cécile Fournier, Sandra Kerzanet Communication Médecin-Malade et Education du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature
10. cours des comptes. rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2017 sept [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf
11. DGOS. L'hospitalisation à domicile (HAD). Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007 [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
12. Dupré C. Les réseaux vus de l'hôpital. *Actualité et dossier en santé publique* sept. 1998 [cité 30 août 2017]; Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad243034.pdf>
13. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé. Ministère chargé de la Santé; 2012.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de mo...de notre système de santé *Legifrance.pdf*. janv 26, 2016.
15. Société Française de Médecine Générale, Les groupes de Pairs. *L'information Psychiatrique* vol 82, 2006/1: 25-28

CONCLUSION DE LA THESE

Cette étude nous a permis de mettre en lumière les éléments intervenant dans la prise de décision en situation d'hospitalisation d'un patient. La recherche était basée sur tous les modulateurs non biomédicaux de la décision.

L'objectif était de mettre en lumière ces éléments participant parfois de manière consciente et parfois inconsciente à la prise de décision dans le domaine des soins primaires.

Notre étude a nécessité l'utilisation d'un champ de recherche basé sur l'hospitalisation d'un patient. La décision en Médecine Générale peut porter sur l'hospitalisation, comme sur l'orientation vers un spécialiste, ou sur l'utilisation d'une thérapeutique.

Ainsi, la décision fait partie intégrante du métier de médecin, puisqu'elle est présente dans tous les actes médicaux.

La réduction du champ de la recherche était nécessaire pour la réalisation de ce projet de thèse, mais rend la recherche incomplète. Il serait intéressant de rechercher les chaînons non médicaux de la décision sur l'ensemble des actes, mais cela semble difficile à réaliser.

Il aurait aussi été intéressant de voir en fonction de l'âge et du sexe, quels étaient les facteurs non médicaux privilégiés dans le processus décisionnel.

L'une des difficultés principales du travail a été la réalisation des focus group, de par son côté organisationnel. Le démarchage des participants nécessitait souvent plusieurs supports (téléphone, mail, message auprès des secrétaires), afin de recruter le nombre de participants nécessaire.

La synthèse de la recherche proposée ci-dessus a nécessité plusieurs coupes dans le travail, puisque de nombreuses idées ont été apportées, parfois qu'à une seule reprise (comme par exemple la barrière de la langue qui semblait être pour un des participants un élément favorisant l'hospitalisation).

Ce travail nous a permis de nous rendre compte qu'il n'y pas une manière de faire, mais une multitude de possibilités pour arriver souvent au même résultat. La médecine est une science appliquée pratiquée par un individu soumis à de nombreuses influences, dont la principale est le patient.

Il semble indispensable de faire participer le patient aux choix concernant sa santé. Le praticien doit rester humble avec un rôle informatif, influençant parfois la décision qui lui semble la plus adaptée à son patient.

Nous avons aussi constaté que pour limiter l'influence de facteurs environnementaux, la médecine de soins primaires nécessitait une organisation pluri-professionnelle, soit en ESP, soit par des concepts comme les PTA et CPTS. Cela permet de réduire l'isolement des médecins généralistes pour une amélioration des pratiques professionnelles.

LISTE DES ABREVIATIONS

EBM: Evidence Based Medicine / Médecin Factuelle

RMO: Références Médicales Opposables

FMC: Formation Médicale Continue

DPC: Développement Personnel Continu

HAS: Haute Autorité de Santé

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAD: Hospitalisation à Domicile

PTA: Plateformes Territoriales d'Appui

CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA THESE

1. Centre National d'histoire des Sciences Belgique. histoire de la médecine, de l'Antiquité au dix neuvième siècle.
2. L' Edit du Roy: portant règlement pour l'étude et l'exercice de la Médecine 1643-1715. donnée à Marly au mois de Mars 1707, enregistrée en Parlement le 18 Mars 1707. chez Augustin-François Rochard; 1747. 16 p.
3. Alain et Monique Neidhardt. Histoire brève de la faculté de Médecine de Besançon . [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: https://www.chu-besancon.fr/museum/museum_200710/histoire_faculte_medecine_besancon.htm
4. Guillaume P, Hoerni B. 1803: Le Consulat organise la médecine une célébration oubliée. Revue du praticien. 2003;(53):161921.
5. Charpak Y, Knockaert R. Les médecins aujourd'hui en France. Actualité et dossier en santé publique. :1566.
6. Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique: application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle. Toulouse; 2011.
7. Flynn S, Hebert P, Korenstein D, Ryan M, Jordan WB, Keyhani S. Leveraging Social Media to Promote Evidence-Based Continuing Medical Education. PLoS ONE. 2017;12(1):e0168962.
8. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé. 26(1):6791.
9. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. /data/revues/03987620/005604SS/08002927/. 22 août 2008 [cité 16 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/181213>
10. Bloy G, Domin J-P, Abecassis P. Vers une analyse pluridisciplinaire de la décision médicale. Journal d'économie médicale. 13 sept 2013;me 27(3):957.
11. =Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA. Technologie de la santé et prise de décision. Le projet de l'OCDE sur la santé. Paris: OCDE; 2005.
12. Conseil National de la FMC des praticiens hospitaliers. l'obligation de formation médicale continue (FMC): historique, état des lieux et perspectives. 2005 [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
13. CNGE. Concepts et principes pédagogiques. [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
14. Pujet JC. la formation médicale continue: son histoire, ses enjeux, ses arcanes, son futur... La Lettre du Pneumologue. févr 1999;II(1):436.
15. Florence Fcurquet, Hervé Maisonneuve, François Steudler, Alain Durocher, Yves Matillon. L'organisation des sociétés savantes médicales en France. In 1997. Disponible sur: <http://psydoc-fr-broca.inserm.fr/FSM/SpecialitesMedicales/OrganiSocSav.html>

16. Barrier J. Quel rôle pour les sociétés savantes dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des spécialistes médicaux ?, What role for learned societies in evaluating the professional practices of medical specialists? *L'information psychiatrique*. 22 févr 2014; 82(1):1522.
17. Di lorento R, Aubry R, Université de Franche-Comté. Besançon. FRA / com. Réflexion sur la vulnérabilité du médecin : à propos de l'exercice des médecines dites parallèles et des dérives dans le champ de la santé. 2004.
18. La définition de l'homme chez Rousseau | Implications philosophiques . [cité 17 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.implications-philosophiques.org/ethique-et-politique/ethique/humanisme-ethique/la-definition-de-lhomme-chez-rousseau/>
19. La leçon de Socrate – définition de l'homme | Implications philosophiques. [cité 17 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/la-lecon-de-socrate-definition-de-l%e2%80%99homme/>
20. Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1ier janvier 2016. Conseil National de L'Ordre des Médecins;
21. Colin C, Delahaye F, Ecochard R, Landrivon G, Rabilloud M, Teboul F, et al. L'analyse de la décision médicale. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux* . 1993;86(11):1597603.
22. Dosdat J-C, Lamboley A. Les normes nouvelles de la décision médicale. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières; 2008. (Thèses.).
23. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel Théorique de Médecine Générale fiche numéro 32 elements de la démarche décisionnelle. 2015. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/834/fichier_demarche_decisionnelle-b2861.pdf
24. Dr Marc Biencourt, ordre national des médecins. Synthèse l'Indépendance de la décision médicale. 2010 juin.
25. Cadier S, Le Roux G. la décision médicale en situation de controverse. *Exercer*. 2010;21(90 (suppl 1)):367.
26. Nendaz M. Age, scores pronostiques et décision médicale : Raisonnement médical. *Médecine et Hygiène*. 2003;61(2456):207881.
27. Somme D, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. 03 2003;(1):3547.
28. John R. Williams. WMA - The World Medical Association-Manuel D'éthique Médicale [Internet]. 2005 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/education/manuel-dethique-medicale/>
29. Caron CD, Griffith J, Arcand M. Decision making at the end of life in dementia : how family caregivers perceive their interactions with health care providers in long-term care settings. *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*. juin 2005;(24):23147.

30. Power TE, Swartzman LC, Robinson JW. Cognitive-emotional decision making (CEDM) : a framework of patient medical decision making. *Patient Education and Counseling*. mai 2011;83(2):1639.
31. Gallard P-Y. Aspects juridiques de la décision médicale. *Laennec*. 2014;62(4):2739.
32. Lokiec P. Une lecture juridique des choix difficiles. *Analyse pluridisciplinaire de la décision médicale (première partie)*. mai 2009;27(3):11622.
33. Junod A, Nendaz M-R, Housset B. *Décision médicale. Ou la quête de l'explicite*. Genève: Médecine & Hygiène; 2007.
34. HAS. *Patient et professionnels de santé: décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impacts de la « décision médicale partagée »*. 2013 oct.
35. Bouleuc C, Poisson D. *La décision médicale partagée*. *Laennec*. 15 oct 2014;Tome 62(4):47.
36. Bouquier J-J. *Evolution du metier de médecin*. *ordre national des médecin*; 2001 juin.
37. Soum-Pouyalet F, Regnier V, Querre M, Jacquin J-P, Hubert A, Debled M. Influence des facteurs socioculturels dans la prise de décision médicale en cancérologie. *Bulletin du cancer*. 2009;96(6):7339.
38. Vega A. Les déterminants de la décision médicale. Un point de vue sociologique. *Médecine*. 1 juin 2009;5(6):2826.
39. Dodier N, Darbon S. Eliot Freidson, *La profession médicale*. *Sciences sociales et santé*. 1985;3(1):12943.

PROFIL DU PATIENT

catégories	sous catégories	références
avis du patient	accord du patient	FM136D, FMeM439D, FMeM531B, FMeM565G, FV25A, FV115A, FV122A, FV164B
	désaccord du patient	FM152A, FM768F, FMeM 435D, FMeM439D, FMeM463E, FMeM520D, FMeM522D, FMeM531B, FMeM562F, FMeM565G, FMeM843D, FV10A, FV25A, FV115A, FV122A, FN23G, FN31G, FN43F, FN48F, FN540B, FN544B, FN769B, FN772B
	hésitation du patient	FN51F
	pression du patient	FM 776F, FMeM287F, FMeM802E
facteurs physiologiques	âge avancé fait hospitaliser / patient fragile	FM528A, FMeM109C, FN625E, FN625E
	difficulté d'hospitaliser un patient âgé Texte	FMeM 229D, FMeM373D, FN234C
	effet délétère de l'hospitalisation chez une personne âgée (perte de repères/ iatrogène)	FV11A, FN302F, FN303F
	patient jeune entraîne l'hospitalisation plus rapide	FV300E
	perte d'autonomie / dépendance du patient	FMeM34F, FMeM50F, FMeM109C, FMeM376D, FMeM431F, FN126C
	problèmes d' autonomie psychique et mental du patient	FMeM434F,
	maintien à domicile impossible	FM486F,
compréhension du patient	manque de compréhension du patient	FM66F, FM361F, FV70C, FV343A, FN92D, FN94D, FN485D, FN 772B
	compréhension du patient	FMeM 429B, FMeM 430D, FV22A, FV123A
	retard intellectuel du patient	FV308B, FV309C
	état intellectuel du patient	FMeM427B,
	comportement / attitude du patient / patient difficile	FV82C, FV295C, FN768C
	personnalité du patient	FMeM417F, FV599B, FV600 C
	patient difficilement compréhensible	FV345E, FV347E
lieu d'habitation	éloignement par rapport au cabinet médical	FM200G, FV27A, FV124A, FV125A
	difficulté d'accès du logement du patient	FN122C, FN472C, FN481C
	état d'insalubrité du lieu de vie	FV328B
	patient vivant en EHPAD encadré donc moins d'hospitalisation	FV251A
contexte socio-économique	contexte socio-économique défavorable influence l'hospitalisation	FV313E, FV317A, FV328B, FV352A, FV354B, FN91D, FN486D, FN496D
	contexte socio-économique favorable permet d'éviter l'hospitalisation	FV317A, FV352A, FV354B, FV356B
	patient étranger / barrière de la langue	FN752A
	la religion	FM 1011B
	contexte psychologique défavorable du patient influence l'hospitalisation	FV352A, FV354B
	place du patient dans la société (statut social)	FM997A, FM935E, FM951E
patient qui se met en danger		FMeM551F,
patient ayant déjà consulté un autre médecin ou service des urgences / consultations multiples		FN90D, FN104E, FN137B, FN128C
absence d'orientation médicale		FMeM444B

PROFIL DE L'ENTOURAGE

catégories	sous catégories	références
entourage ou aidant auprès du patient	absence de la famille ou d'aidant	FV601F, FMeM38F, FMeM50F, FMeM56F, FMeM110C, FMeM133A, FMeM239F, FM147D, FM528A, FM589E, FN474C, FN623E, FN625E
	présence de la famille ou d'aidant	FV19F, FV20A, FV23A, FV122A, FV124A, FMeM266F, FMeM432G, FMeM433D, FMeM438G, FM124C, FM559E, FM569E, FM581A, FM882D, FN44F, FN255G, FN617E, FN671E
	avis de l'entourage du patient	FV25A, FV122A,
	refus de la famille sur la prise en charge proposée / désaccord de la famille	FMeM134A, FMeM480F
	absence de soutien de la famille favorise l'hospitalisation	FV356B
	pression de la famille	FV533C, FMeM134A, FMeM286B, FMeM560F, FM26F, FM90A, FM534E, FN538G
	isolement du patient Texte	FV601F, FMeM45F, FMeM48F, FMeM239F, FMeM258F, FN126C, FN131C, FN472C, FN481C
	famille incapable de s'occuper du patient / famille peu fiable	FMeM134A, FM293B, FM643A, FN515A, FN626E
	épuisement de l'aidant	FM77B, FM147D, FN507E
	statut social de la famille	FM935E, FM935E
	inquiétude de l'aidant	FN507E
aides paramédicales auprès du patient	absence d'aides paramédicales auprès du patient	FMeM34F, FMeM60F, FMeM112C, FMeM243F, FM184G
	présence d'aides paramédicales auprès du patient	FV23A, FV259A, FV609C, FM124C
compréhension de l'entourage	manque de compréhension de l'entourage	FV343A, FM66F, FM296B, FM343F, FM349F, FN92D, FN637B
	compréhension de l'entourage	FV123A, FM641F

PROFIL DU MEDECIN

catégories	sous catégories	références
facteurs organisationnels	possibilité de prise en charge ambulatoire	FV21A, FV118A
	disponibilité / planning du médecin permettant un suivi régulier	FV25A, FV430B, FM338G
	anticipation de la nécessité d'hospitalisation	FMeM49F, FMeM258F
	profil du médecin ayant tendance à retarder l'hospitalisation	FM217E,
	la panne informatique	FMeM718E
	hospitalisation plus facile avec un stagiaire	FN681A
	la télémédecine peut influencer la décision d'hospitaliser / retarder l'hospitalisation	FMeM805F
	isolement du médecin généraliste	FM490F
	lieu d'exercice / difficulté d'accès aux soins complémentaires-aux spécialistes	FMeM295D, FMeM356D, FMeM748F, FMeM748F, FMeM776F
	organisation de la prise en charge en fonction de l'expérience	FM736F
	peur du retard au diagnostic si prise en charge ambulatoire	FMeM216D
facteurs sensitifs du médecin	état émotionnel du médecin influence la décision	FV445A, FMeM681F, FM742F, FM999A, FN843ABCDEFG,
	état émotionnel du médecin n'influence pas la décision	FMeM683G
	le médecin généraliste décide avec sa sensibilité / son affectivité	FMeM518D, FMeM668E, FMeM648E, FMeM710B, FMeM662E
	intuition du médecin (sans explication objective)	FN553E, FN555E, FN583E, FN655A, FN657E, FN659E
	intuition par l'expérience du médecin	FN659E
	la fatigue du médecin	FMeM687F, FM823G, FM979B, FN846F, FN847D
	les préoccupations personnelles perturbent la décision	FMeM692F, FMeM693D, FM615F, FM974E, FM976B, FM977E, FM982A, FM986A
	les préoccupations personnelles ne perturbent pas la décision	FMeM689D
	âge du médecin	FM292B
	éviter la rumination de la décision	FM779D, FM784D, FM800F, FM817F
	caractère du médecin (les anxieux hospitalisent plus facilement)	FM798F
	peur de passer à côté d'une situation dramatique	FM546F
	réflexion du médecin avant l'hospitalisation	FMeM456E, FM489F
le doute / l'hésitation du médecin	FV135A, FMeM214D, FMeM321D, FMeM359D, FMeM821F, FM851D, FN47F, FN51F, FN77E, FN658E, FN661E, FN665D, FN666E, FN688A, FN782B, FN871E	
globalité de la prise en charge en soins primaire	prise en compte de la globalité du patient en Médecine Générale / prise en compte des critères sociaux	FMeM32F, FMeM45F, FMeM48F, FMeM196E, FMeM239F, FMeM420F, FM262F, FM265F, FM273F, FN715E, FN722E, FMeM178E
	adaptation des décisions en Médecine Générale en fonction du patient	FMeM508F, FMeM509D
	absence d'utilisation de référentiels en Médecine Générale	FMeM511F, FMeM518D
image du médecin	image du médecin dans la population en fonction de sa décision	FM504F, FM916F
	image du médecin auprès de ses confrères lorsqu'il hospitalise / pression des hospitaliers	FM853C, FM858D
poids économique	impact de l'aspect économique dans la décision / pression économique	FMeM869D, FMeM871F
	prise en charge hospitalière plus coûteuse que la prise en charge ambulatoire	FV139A, FV583A, FV605A, FMeM217D, FMeM315D, FMeM830D, FN934F
	pas d'impact de l'aspect économique dans la décision	FV142E, FV579ECDF, FM1026A, FM1039F, FM1045E, FM1060G, FN931E, FN937E, FN952G
expérience du médecin	décision prise après confrontation du vécu du médecin	FMeM500D, FM710F, FM784D, FN609G
	cas précédents influent sur la décision (erreur/oubli)	FV438C, FV443C, FM494A, FM500F, FMeM696E, FM745G
	suivi de l'expérience du médecin dans la décision	FV266F, FV267E, FMeM408A, FMeM409F, FMeM410E, FMeM707B, FN615F, FN629D, FN634D, FN645B, FN654A
	suivi de l'expérience à défaut de recommandations	FV268A, FMeM413B
	cas identique nécessitant l'hospitalisation	FMeM703B
	connaissance sur soi du médecin	FM679E, FM693A, FM708F, FM761E
	diminution des connaissances théoriques avec les années de pratiques mais augmentation des connaissances pratiques	FM713A
	anticipation de l'accord ou le désaccord du patient	FMeM502D
	évaluation du niveau de risque par l'expérience	FMeM791F
	oubli des prises en charges passées	FM497F
plus d'objectivité avec l'expérience / expérience prend le pas sur la relation patient-médecin	FM676E	

LIEN PATIENT-MÉDECIN

catégories	sous catégories	références
manque d'objectivité / perturbation de la décision en soignant sa famille / ses amis		FMeM603B, FMeM605B, FMeM607B, FMeM626B, FMeM629B, FMeM660F, FMeM675D, FM622A, FM623G, FM715D, FN828G
patients / famille connus par le médecin	intuition si le médecin connaît le patient	FV410C
	manque d'objectivité / perturbation de la décision en soignant des patients connus de longue date	FMeM647B, FMeM675D, FM662A, FM667E, FM675E, FM690D, FM691A, FN833C
	pas de modification de l'objectivité pour des patients connus	FM658C
	négociation du médecin avec un patient connu mais non avec un patient non connu	FMeM649B, FMeM658B,
	modification de la décision si le médecin connaît bien la patient ou sa famille	FV388C, FV393C, FV495C, FMeM635B, FMeM644A, FM633F
patient / famille non connus par le médecin	hospitalisation plus facile si le médecin ne connaît pas le patient	FV396D, FV398C, FV406A, FM357D, FN90D, FN109D, FN136B, FN144B
	influence de la judiciarisation si le médecin ne connaît pas le patient	FV516D
	décision plus objective en garde	FMeM640B
	hésitation dans la décision si le médecin ne connaît pas le patient	FV390C
relation médecin-patient	dialogue entre le médecin généraliste le patient et sa famille	FV9A, FV20A, FM628F
	absence de confiance médecin-patient	FV344A
	modification de la décision en fonction de la relation médecin-patient	FV382F, FV384E, FM627F, FN136B, FN144B, FN821D
	difficulté de la relation patient-médecin / difficulté d'influencer le patient	FM485F, FMeM441E, FMeM442F
	pression du médecin sur le patient	FMeM440B

ESPACE TEMPS

catégories	sous catégories	références
moment de la consultation dans la semaine	hospitalisation plus facile en fin de semaine devant manque de suivi ambulatoire possible	FV285C, FV287A, FV289C, FV454B, FM352A, FN27G, FN110D, FN113E, FN866E, FN867G, FN871E
	hospitalisation plus facile en fin de semaine devant difficulté d'accès aux examens complémentaires ou avis spécialisé	FV287A, FV454B, FV462B, FV466A, FV478C, FM350A, FM352A
moment de la consultation dans la journée	hospitalisation plus facile en fin de journée devant obligations personnelles	FV417C, FN851E
	hospitalisation plus facile en fin de journée devant difficulté d'accès aux examens complémentaires ou avis spécialisé	FV456C, FV459C, FV466A, FV478C, FMeM730B, FM320B, FM354A, FN673B, FN863E, FN869E
	suivi ambulatoire possible si consultation le matin	FV450C, FMeM728F, FM358A
	en fin de consultation moins d'attention	FMeM733D
	le médecin a plus de temps à consacrer au dernier patient qu'au premier de la consultation	FM726F
moment de la consultation dans l'année	hospitalisation plus difficile en fin de matinée	FM734D
	lits d'hospitalisation plus rare en période de fêtes	FV175B
temps de pris en charge pour le médecin	retard du médecin dans la journée (fait hospitaliser plus facilement)	FV425C, FN848G
	manque de temps du médecin	FMeM215D, FMeM246B, FMeM301D, FMeM309D, FMeM473D, FM56F,
	temps passé par un médecin pour hospitaliser un patient	FMeM765D, FM454C, FN521A
	temps pris par le médecin pour la décision	FM21F
	imprévu / consultation non planifier	FN7G

CORRESPONDANTS DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

catégories	sous catégories	références
hopital / spécialistes	difficulté d'accès à l'hôpital ou au spécialiste	FMeM448D, FMeM542B, FMeM741D, FMeM747E, FMeM783D, FMeM841D, FM450C, FM477E, FM487F
	absence de lits d'hospitalisation	FV46B, FV175B, FV176B, FMeM263F, FMeM299D, FMeM300D, FMeM455A, FMeM780D, FMeM856D, FMeM863D, FMeM867B, FM244E, FM543F, FN188A, FN202A, FN378B, FM911E
	absence de prise en charge du patient dans sa globalité en hospitalier	FMeM32F, FMeM139A, FN193A, FN194-196F, FN197E, FN502E, FN706C
	absence d'accord du service hospitalier	FMeM144A, FMeM189E, FMeM336A, FM432E
	accord du service hospitalier	FM42F, FM396E, FM432E
	différence des critères d'urgences entre la médecine de ville et la médecine hospitalière	FMeM254F, FMeM280F
	manque de communications avec les hospitaliers	FN577E
	peur des réflexions faites par les hospitaliers sur le médecin qui hospitalise un patient / pression des hospitaliers	FMeM380F, FN538G
	image que se fait le médecin du service d'accueil du patient	FMeM389B, FM440E, FN947B
	existence d'un service d'hospitalisation de jour	FMeM443B
	charges administratives qui freine la décision d'hospitalisation	FM522C
	réduction du champ de ma médecine générale par rapport aux hôpitaux dans le système de santé	FM610F, FM612F
	avis spécialisé	possibilité de conseils de spécialistes
difficulté de joindre un spécialiste		FMeM219D, FMeM273B, FMeM359D, FMeM545B, FMeM744A
difficulté d'accès aux examens complémentaires		FM487F, FN581G
service des urgences	éviter les hospitalisations aux urgences	FMeM306D
	temps d'attente aux urgences	FN319G, FN331A
	problème non résolu aux urgences pour certains patients	FN335G
	problème de compétences des urgences pour certains domaines	FN552E
considération du médecin généraliste		FM613F

JUDICIARISATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

catégories	sous catégories	références
place de la judiciarisation dans la décision	pression des instances de santé / crainte d'un avis négatif du médecin conseil de la sécurité sociale	FV147F
	pas d'influence de la judiciarisation sur la décision	FV509C, FV521C, FM904F, FM911E, FM935E
	influence de la judiciarisation sur la décision / crainte d'exposition à des poursuites judiciaires donc hospitalisation plus facile	FV510D, FV513B, FV515E, FV524D, FV535D, FV548A, FMeM820E, FM862C, FM864C, FM878C, FM930D, FN484D, FN496D
famille	hospitalisation si famille procédurière	FV541D, FV543C, FN894G, FN895G
	peur des reproches de la famille	FMeM580D, FM864C
responsabilité médicale	responsabilité de la décision	FM556F, FM1026A
	diminuer les responsabilités	FM21F, FM53F, FM276F, FM364A, FM780B
médecin de fin de carrière pense au côté judiciaire dans sa décision		FM924C

VU

NANCY, le **16 janvier 2018**

Le Président de Thèse
cine

NANCY, le **17 janvier 2018**

Le Doyen de la Faculté de Méde-

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10168

NANCY, le **18 janvier 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé de la thèse

Contexte: La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques ou socioculturels, qui incombent aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient. Dans un monde de la santé visant l'uniformisation des pratiques nous observons une variabilité de la décision malgré des recommandations scientifiques communes.

Objectif: identifier les éléments non médicaux impactant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient dans le cadre de soins primaires.

Méthode: Etude qualitative par des entretiens semi-dirigés. Résultats: De nombreux paramètres non médicaux régissent la décision d'hospitaliser un patient en soins primaires, ils sont dépendants du patient ou du médecin. Le profil du patient, avec son avis, sa compréhension, son milieu socioculturel mais aussi son entourage influencent la décision. De la part du médecin on relève son expérience, les facteurs subjectifs et organisationnels qui l'entourent. L'environnement médical (manque de lits d'hospitalisation, communication avec les spécialistes de second recours) entraînent des modifications de la prise en charge. La temporalité de la consultation entre en jeu dans l'acte décisif ainsi que la judiciarisation de la pratique.

Conclusion: L'uniformisation des pratiques professionnelles semble difficile à mettre en oeuvre devant le manque de contrôle de ses éléments extra-médicaux mais qui participent activement à la décision du praticien, même si certains sont modifiables. Certaines solutions existent déjà comme les protocoles ville-hôpital, la création des PTA avec des alternatives à l'hospitalisation et des réflexions au sein des CPTS sur les parcours de soins. Mais ces mesures nécessitent d'être ajuster selon les besoins du terrain.

Titre de la thèse en anglais: Identification of the not medical factors influencing the decision of a hospitalization for a patient in primary care.

Mots clés: soins primaires, médecine générale, décision médicale, facteurs non médicaux

Adresse de la faculté:

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9 Avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandoeuvre-Lès-Nancy