

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**LES PROTOCOLES DE SERVICE : UN OUTIL PERTINENT QUI A SES  
LIMITES ?**  
**Analyse du ressenti des médecins du service des urgences de Roubaix**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 22 avril à 16h00  
au Pôle Recherche  
**par Aurore CHADAL**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD**

**Monsieur le Docteur Luc DAUCHET**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Alexis WATRELOS**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

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

ANDEM = Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ARS = Agence Régionale de Santé

CH = Centre Hospitalier

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

DMS = Durée moyenne de séjour

DPO = Délégué à la protection des données

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM = Evidence Based-Medicine

HAS = Haute Autorité de Santé

INSI = InterSyndicale Nationale des Internes

PH = Praticien Hospitalier

RMO = Références Médicales Opposables

SAU = Service d'Accueil des Urgences

## TABLE DES MATIERES

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUME .....</b>                                            | <b>1</b>  |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                      | <b>3</b>  |
| I. Définition d'un protocole.....                              | 3         |
| II. Place des protocoles en médecine .....                     | 4         |
| III. Place des protocoles de service au sein des urgences..... | 6         |
| IV. Objectif de l'étude .....                                  | 7         |
| <b>MATERIELS ET METHODE .....</b>                              | <b>9</b>  |
| I. Type d'étude .....                                          | 9         |
| II. Recrutement des informateurs .....                         | 10        |
| III. Déroulement des entretiens .....                          | 11        |
| IV. Analyse des données.....                                   | 12        |
| A. Organisation parallèle.....                                 | 12        |
| B. Codage en trois temps.....                                  | 12        |
| C. Journal de bord.....                                        | 13        |
| V. Aspect légal .....                                          | 14        |
| <b>RESULTATS .....</b>                                         | <b>15</b> |
| I. Caractéristiques des entretiens.....                        | 15        |
| II. Analyse des verbatims .....                                | 15        |
| A. Une définition commune .....                                | 15        |
| B. Des caractéristiques jugées nécessaires.....                | 16        |
| C. Des bénéfices ressentis.....                                | 20        |
| a) Pour la pratique .....                                      | 20        |
| b) Pour le service .....                                       | 23        |
| c) Pour l'établissement hospitalier .....                      | 25        |
| D. Des freins à leur utilisation.....                          | 26        |

---

|                                          |           |
|------------------------------------------|-----------|
| a) Une activité chronophage .....        | 26        |
| b) De nombreux manques .....             | 27        |
| c) Des réticences diverses .....         | 33        |
| E. Une utilisation optionnelle .....     | 34        |
| <b>DISCUSSION .....</b>                  | <b>39</b> |
| I. Autour de la méthode .....            | 39        |
| A. Type d'étude .....                    | 39        |
| B. Forces et faiblesses de l'étude ..... | 39        |
| a) Recrutement des informateurs .....    | 39        |
| b) Recueil des données .....             | 40        |
| c) Analyse des données .....             | 40        |
| II. Autour des résultats .....           | 41        |
| A. La pertinence d'un outil .....        | 41        |
| B. La perception de limites .....        | 46        |
| a) Une utilisation optionnelle .....     | 46        |
| b) Des freins identifiés .....           | 48        |
| <b>CONCLUSION .....</b>                  | <b>51</b> |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b> | <b>53</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                     | <b>61</b> |

## RESUME

**Contexte :** Les protocoles se sont invités dans nos vies privées comme dans nos vies professionnelles et la médecine ne fait pas exception. Sous l'influence de l'*Evidence Based-Medicine* (EBM), les recommandations de bonne pratique sont progressivement apparues, adaptées localement en protocoles de service. Ceux-ci sont un moyen d'action des services d'accueil des urgences (SAU) contre le phénomène de saturation auquel ils sont régulièrement soumis. Ces protocoles sont souvent étudiés pour leur valeur intrinsèque mais rarement pour leur valeur extrinsèque. Cette étude analyse le ressenti des médecins du SAU de Roubaix quant aux protocoles existant dans leur service.

**Méthode :** Une étude qualitative par théorisation ancrée a été réalisée auprès de médecins exerçant au sein du SAU de Roubaix. Onze entretiens semi-dirigés et un focus group ont été menés entre Mai 2020 et Janvier 2021, permettant d'arriver à saturation des données. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits en intégralité, anonymement. Une analyse expérientielle de chaque verbatim a ensuite été réalisée, bénéficiant d'une triangulation.

**Résultats :** Les médecins interrogés identifiaient des caractéristiques nécessaires aux protocoles pour leur accorder leur confiance et pouvoir les appliquer : validité scientifique, simplicité, clarté, validation collégiale, adaptation et actualisation régulière. Ils trouvaient de nombreux bénéfices à leur utilisation à la fois pour leur pratique, pour le service et pour l'établissement hospitalier. Cependant il existait un effet revers pour certains d'entre eux qui nécessitait qu'on y accorde une attention particulière. Ils percevaient également des limites aux protocoles : l'optionalité de leur

application et l'identification de plusieurs freins à une utilisation optimale, donnant lieu à une réflexion sur les pistes d'amélioration possibles.

**Conclusion :** Les médecins appréhendent positivement les protocoles de services, les considérant comme de vrais outils de travail. Ils s'avèrent cependant perfectibles et les implications de leur utilisation, se révélant finalement complexes, nécessiteraient d'être explorées par des études complémentaires.

## INTRODUCTION

### I. Définition d'un protocole

Dans le langage usuel, un protocole peut revêtir plusieurs significations selon le champ auquel il se rapporte. Si l'on se réfère aux définitions que peut en donner un dictionnaire, il peut vouloir désigner le document portant les résolutions d'une assemblée, d'une conférence, le texte d'un engagement. Il peut également signifier le recueil de règles à respecter en matière d'étiquette, dans les relations officielles ; ou encore les règles et conventions régissant l'échange de données entre ordinateurs. Dans le domaine des sciences, il s'entend par la description précise des conditions et du déroulement d'une expérience, d'un test, d'une opération chirurgicale (1).

Dans le langage médical, l'auteur n'a pu trouver une définition unique, consensuelle, officielle de ce qu'est un protocole. Pour autant plusieurs définitions ont pu être identifiées. Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours comme « le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri-professionnelle, qui reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques » (2). Les pouvoirs publics quant à eux définissent le protocole de soins comme « le descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin » (3). Quant aux protocoles de coopération, légiférés par l'article 51 de la loi HPST du 21 Juillet 2009 (4), ils sont définis par l'HAS comme des « documents décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents ; et la façon dont les



professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge » (5).

Ainsi, même en l'absence d'une définition unique, qui semble s'expliquer par la pluralité des champs que recouvre le « protocole médical », l'ensemble des soignants entendent la notion de protocole et comprennent qu'il s'agit d'une démarche standardisée, optimale et validée.

## II. Place des protocoles en médecine

Dans la société actuelle, les protocoles sont devenus notre lot quotidien. Avec le développement de l'informatique et du numérique, les procédures, les conduites à tenir se sont invitées dans notre vie privée : nous achetons un nouveau téléphone, nous devons respecter un certain nombre d'étapes d'installation prédéfinies avant d'en avoir la pleine jouissance ; nous voulons joindre un proche hospitalisé ou prendre un rendez-vous de consultation à l'hôpital, nous tombons sur un message vocal régi par un algorithme qui nous guide et nous invite à citer à haute voix l'objet de notre appel pour effectuer la mise en relation. En plus de notre vie privée, elles se sont également invitées dans nos vies professionnelles et le domaine de la santé ne fait pas exception.

Depuis plusieurs décennies, dans une démarche de qualité visant à réduire les dépenses de santé et améliorer les pratiques, au sens qualitatif et sécuritaire du terme, la médecine s'est orientée vers une pratique procédurale (6). Dans le sillage de la naissance de l'« *evidence based-medicine* » (EBM) au début des années 1990 au Canada, apparaissent progressivement des recommandations de pratique clinique, encore nommées « *guidelines* ». Elles ont pour objectif, face à l'accroissement constant, quantitatif mais aussi technique, de la littérature scientifique, d'aider les

cliniciens à s'y retrouver en analysant et sélectionnant les données les plus pertinentes et à les intégrer à leurs pratiques (7).

Historiquement, en France, c'est lors de la 5<sup>ème</sup> convention médicale nationale de 1990 qu'est introduite la notion de références médicales conventionnelles, servant à décrire « le bon usage des soins », sans valeur incitative positive ou négative. La loi Teulade de Janvier 1993 (8) fait apparaître le caractère « opposable » de ces références, donnant naissance aux « références médicales opposables » (RMO) ; celles-ci seront véritablement créées lors de la 6<sup>ème</sup> convention médicale nationale de 1993 puis validées législativement par la loi de Février 1995 (9), (10), (11).

Dès leur apparition, les agences de santé ont cherché quels seraient les meilleurs moyens pour diffuser et faire appliquer ces recommandations (12), (13), et cela reste d'actualité puisqu'il s'agit toujours d'une des missions principales de l'HAS (14). Elles seront donc développées et diffusées dans la profession médicale par le biais des sociétés savantes et des agences dédiées (l'ANDEM créée en 1990, devenue l'ANAES en 1996, remplacée par l'HAS en 2004), puis progressivement abandonnées pour devenir les « recommandations de bonne pratique » (6).

D'abord accueillies plutôt négativement par les médecins, qui y voyaient une restriction d'autonomie et d'indépendance (11), (15), (16), leur vision des recommandations a progressivement évolué pour devenir positive, y trouvant un outil qui les aide dans leurs pratiques (17), (18), (19). Une critique néanmoins persistante porte sur l'applicabilité de ces recommandations, parfois trop spécifiques (20), (21), (22). Une solution s'est développée pour y répondre : les protocoles de service, qui permettent d'adapter les recommandations aux possibilités et spécificités locales.

### **III. Place des protocoles de service au sein des urgences**

Les services d'accueil des urgences (SAU) sont définis par les agences régionales de santé (ARS) comme des « services hospitaliers qui assurent la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique » (23).

Ces services, centres névralgiques des hôpitaux publics réalisant 40% des entrées en hospitalisation (24), ont vu leur fréquentation considérablement augmenter ces dernières décennies. Depuis plus de 20 ans, le nombre de passages aux urgences s'est majoré en moyenne de 3,5% par an, pour atteindre 21,4 millions en 2017 selon le rapport de la DREES (25). Cette hausse est responsable, à part minoritaire, de la tension à laquelle sont régulièrement soumis les SAU ; la part majoritaire étant attribuée au manque de lits d'aval (26), (27), (28).

Ce phénomène de saturation est un véritable enjeu de santé publique. Décrit comme un « tueur silencieux », il est responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité, d'une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) et d'une diminution de la qualité des soins (29), (30). Il est également pourvoyeur de stress pour les praticiens (31) à une heure où ils devraient être choyés compte-tenu de la démographie médicale ; la Cour des Comptes faisant état, dans son rapport sur les urgences hospitalières, d'un « sous-effectif médical générateur de tension dans un nombre croissant d'établissements » avec, au 1<sup>er</sup> Janvier 2017, 25% de postes vacants pour les praticiens hospitaliers (PH) à temps plein et 45% pour les PH à temps partiel (32).

Les sociétés savantes et les pouvoirs publics se sont emparés de la problématique pour tenter d'y apporter des solutions (33), (34), notamment par l'émission de recommandations de bonne pratique (35), (36).

Au niveau local, la possibilité d'action des SAU réside dans la création de protocoles de service tout au long du parcours des patients, comme préconisé dans l'axe 6 des recommandations émises lors des 1<sup>ères</sup> assises des urgences en 2012 (34). Dès l'entrée, créer des protocoles de coopération avec l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) (37), qui voit son rôle prendre une importance croissante (38), pour lui permettre par exemple d'anticiper la réalisation de radiographies (39) ; puis des protocoles de soins pour diminuer le temps de prise en charge ; et des protocoles dits « de filière », en collaboration avec les spécialistes de l'hôpital, pour favoriser une prise en charge ambulatoire des patients (40).

#### **IV. Objectif de l'étude**

Ces protocoles de service sont souvent étudiés pour leur valeur intrinsèque (41), (42), (43). On cherche à évaluer leur efficacité, on cherche à les améliorer, on cherche à savoir s'ils sont correctement utilisés par les médecins. Ils font également l'objet de nombreux travaux de thèse chez les internes en médecine. Rien que dans le SAU de Roubaix, on en dénombre plusieurs ces dernières années (44), (45), (46).

Cependant leur valeur extrinsèque est délaissée. Quid du ressenti des médecins ? Y trouvent-ils un bénéfice ? Qu'est-ce qui les encourage ou au contraire les freine à les employer ? L'auteur n'a pu trouver qu'un seul article sur ce sujet dans la littérature blanche, ayant pour inconvénients de ne s'intéresser qu'aux protocoles en cancérologie et de dater de 2002 (47) ; et un seul dans la littérature grise qui abordait

le protocole médical sous un abord philosophique à partir d'un récit de cas (47), ce qui justifie ce travail. L'objectif est d'étudier le ressenti des médecins exerçant au sein du SAU de Roubaix quant aux protocoles existant dans leur service.

## MATERIELS ET METHODE

### I. Type d'étude

Ce travail est une étude qualitative réalisée auprès des médecins exerçant au sein du service des urgences du CH de Roubaix au moyen d'entretiens semi-dirigés. Par opposition aux études quantitatives, les études qualitatives excluent la quantification de données et les analyses statistiques ; elles s'intéressent aux discours des participants, également nommés informateurs, ce qui permet de caractériser le vécu, le ressenti de la population étudiée.

Il existe plusieurs types d'études qualitatives. L'auteur a choisi pour ce travail d'utiliser la méthode dite « par théorisation ancrée », ce qui signifie qu'il n'y a pas d'hypothèse initiale au démarrage de l'étude et que celle-ci émerge au fur et à mesure de l'analyse du matériau, constitué par les discours des informateurs.

Pour améliorer la qualité du travail, passant par la meilleure préservation possible de la neutralité de l'auteur, la lecture de la littérature scientifique préalable à l'étude a été très succincte et a essentiellement permis la création du guide d'entretien initial. La recherche bibliographique a été faite une fois la collecte et l'analyse du matériau terminées ; les moteurs de recherches utilisés étaient Google Scholar®, CISMef® et PubMed®.

## II. Recrutement des informateurs

Le recrutement des participants a été fait parmi les médecins du service des urgences de l'hôpital Victor Provo à Roubaix, sur la base du volontariat et du bénévolat. Ils ont été contactés à l'aide d'un mail commun, après accord de la cheffe de service, adressé au groupe « urgentistes » de la messagerie interne de l'hôpital puis une relance a été faite oralement et individuellement lors de temps de travail commun avec l'auteur.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être praticien hospitalier, contractuel ou titulaire,
- Être interne en médecine,
- Exercer au sein du service des urgences du CH de Roubaix au moment de l'étude.

L'auteur est resté volontairement vague quant au sujet de l'étude afin de préserver au mieux la spontanéité et l'intégrité des discours obtenus lors des entretiens.

La taille de l'échantillon n'était pas définie a priori ; le recrutement s'arrêtait lorsque l'auteur parvenait à une saturation de données, c'est-à-dire au moment où plus aucun élément nouveau n'apparaissait lors de l'analyse du matériau. Cet échantillonnage théorique n'avait pas vocation à être représentatif, l'étude ne portant pas sur une population cible mais bien sur un phénomène les concernant ; il ne tenait donc pas compte des caractéristiques intrinsèques des informateurs tels que l'âge ou le sexe.

### III. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont tous été menés par l'auteur de l'étude et se sont déroulés entre Mai 2020 et Janvier 2021. Les médecins étaient interrogés, à leur demande, dans leurs bureaux au sein du service, en dehors des heures de travail, sous forme d'entretiens individuels. Seul le premier entretien était collectif (focus group) pour permettre à l'auteur de se familiariser avec la relance des informateurs et d'étayer son guide ; ayant été contributif, cet entretien a été analysé et intégré dans les résultats.

Avant chaque entretien, l'auteur expliquait à l'informateur les principes de la recherche qualitative par théorisation ancrée et lui énonçait le sujet qui était abordé dans l'étude. Puis il l'informait de l'enregistrement de leur échange grâce à l'application « enregistreur vocal » de son smartphone (verrouillé par un code dont seul l'auteur avait connaissance), de la suppression de cet enregistrement une fois la retranscription anonymisée réalisée et de sa possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. L'auteur recueillait ensuite son consentement oral.

Les entretiens étaient semi-dirigés ; le guide d'entretien initial ne comportait que quelques questions, les plus larges et les plus courtes possibles, afin de laisser l'informateur s'exprimer le plus librement possible. Le guide a évolué au fil des entretiens pour permettre à l'auteur de vérifier les théories émergent de l'analyse des précédents entretiens ; seule la première question a subsisté.

Chaque entretien se terminait par une phrase de remerciement et se poursuivait, si l'informateur le désirait, d'un moment de libre échange non enregistré avec l'auteur.



## **IV. Analyse des données**

### **A. Organisation parallèle**

Au contraire de l'organisation séquentielle que requiert la recherche quantitative, la recherche qualitative par théorisation ancrée se base sur une organisation parallèle. Les phases de problématisation, de collection, d'analyse et de rédaction ne se succèdent pas strictement mais s'imbriquent les unes dans les autres pour s'enrichir mutuellement. L'auteur a procédé de cette façon pour son travail.

### **B. Codage en trois temps**

Tous les enregistrements vocaux ont été retranscrits fidèlement, dans leur intégralité et anonymement à l'aide du logiciel Word2016®, constituant ainsi des verbatims. Ces verbatims ont ensuite été analysés grâce au logiciel NVivo12®.

La première phase consistait en une phase de codage dit « ouvert » qui visait à découvrir ce qui caractérise le phénomène étudié, en ouvrant un maximum de pistes, sans en écarter aucune. Pour cela l'auteur créait des « étiquettes » en isolant un mot, une phrase ou un paragraphe de chaque verbatim qui véhiculait une idée et en la nommant par un terme, qui se devait d'être le plus expérientiel possible et non descriptif pour éviter l'indexation thématique. Ces étiquettes avaient vocation à devenir des « propriétés », par elles-mêmes ou par assemblage.

Dans un but mélioratif, pour assurer la validité interne de l'étude et mettre le plus à distance la subjectivité de l'auteur, ce codage a bénéficié d'une « triangulation ». Deux autres intervenants réalisaient en parallèle ce travail de codage pour l'ensemble des entretiens puis communiquaient leurs analyses à l'auteur. En cas de forte discordance,

un échange s'effectuait entre les analystes pour arriver à un consensus. Il s'agissait de Tom Helbecque, interne en médecine générale à Lille, et du Dr Sacha Mesnard, médecin généraliste exerçant en service de prévention de santé à Roubaix.

La seconde phase de codage, dit « axial », cherchait à articuler ensemble les propriétés découvertes dans le but d'élaborer progressivement une théorie. L'auteur réfléchissait à l'articulation de chacune, à leur sens de variation, en envisageant toutes les possibilités afin de rendre ces liens solides et profondément ancrés au matériau empirique et créait ainsi des « catégories ».

La dernière phase était le codage dit « sélectif ». Il s'agissait d'imbriquer ensemble les catégories créées dans un système global, conceptuel, répondant à la question de recherche. L'auteur cherchait à distinguer les catégories centrales des catégories plus marginales, s'éloignant du phénomène étudié ou n'apportant pas de bénéfice à la conceptualisation et pouvant alors être délaissées ; et dressait une carte des relations établies, avec leurs interactions mutuelles, sous forme d'une schématisation (annexe.1) afin de finaliser la recherche.

### **C. Journal de bord**

Tout au long de son travail de recherche, l'auteur a tenu un « journal de bord » composé de différents types de comptes-rendus :

- De terrain ; lors de la réalisation des entretiens,
- De codage ; lors de l'analyse des verbatims,

- Théorique ; lors d'association entre une étiquette, une propriété ou une catégorie et un élément extérieur à l'étude (par bibliographie ou expérience de pensée),
- Opérationnel ; définissant les pistes à suivre pour les entretiens suivants,
- De scénario ; lors du codage sélectif, pour assembler et résumer les idées exprimées dans l'ensemble des comptes-rendus.

La tenue de ce journal avait une double finalité : permettre à l'auteur de ne perdre aucune de ses réflexions, le laissant libre de juger ultérieurement de leur pertinence, et assurer la scientificité de sa recherche ; en traçant et communiquant son cheminement, il offre une répliquabilité (sur le processus et non les résultats, à la différence des recherches quantitatives).

## **V. Aspect légal**

Un avis était demandé auprès de la fédération de la recherche clinique du CHRU de Lille quant à la nécessité d'obtention d'autorisation préalable au démarrage de l'étude. Mme Frade, coordinatrice promotion en recherche clinique, avait alors informé l'auteur que son travail n'entrait pas dans le cadre de la recherche clinique et que l'unique démarche nécessaire résidait en une déclaration auprès du DPO de l'université de Lille.

La demande était alors réalisée auprès de M. Tessier ; cette recherche a bénéficié d'une déclaration de conformité, portant le n° 8542Z.

A noter, aucun informateur n'a demandé à se retirer de l'étude.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 04 Mai 2020 au 29 Janvier 2021 au sein du service d'accueil des urgences de Roubaix, dans les bureaux des médecins interrogés. Ils ont concerné 9 praticiens hospitaliers (contractuel ou titulaire) et 5 internes, identifiés respectivement par les lettres M et I dans l'analyse.

La saturation de données a été obtenue au bout du 10<sup>ème</sup> entretien individuel, en tenant compte de la réalisation initiale d'un focus group, et a été confirmée par la réalisation de deux entretiens individuels supplémentaires.

Leur durée moyenne a été de 17 minutes et 22 secondes, avec une minimale à 5 minutes et 26 secondes et une maximale à 37 minutes et 46 secondes.

### II. Analyse des verbatims

Les citations, apparaissant encadrées dans cette partie, sont issues des verbatims et retranscrivent donc fidèlement les propos des médecins interrogés. Elles permettent d'illustrer l'analyse réalisée.

#### A. Une définition commune

Les médecins interrogés ont utilisé un vocabulaire similaire pour évoquer ce qu'ils entendaient par « protocole », confirmant l'idée développée dans l'introduction selon laquelle les soignants comprennent la notion de protocole malgré l'absence d'une définition unique et officielle.

|    |                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 | « <i>Un protocole c'est quelque chose de standardisé, une marche à suivre devant une situation sur laquelle on est ... hum ... on n'a pas à réfléchir. »</i> |
| M7 | « <i>Euh ... Une prise en charge plutôt homogène entre praticiens, [...], qui a été réfléchi et du coup une prise en charge optimale pour le patient. »</i>  |
| M2 | « <i>Pour moi c'est un schéma de prise en charge [...] pour que la prise en charge soit faite de manière adaptée, optimale pour le patient. »</i>            |

Cette définition met en lumière que le bénéfice premier des protocoles revient au patient. Il recevra des soins de qualité égale, peu importe le médecin qu'il rencontrera, et optimaux, conformes aux données de la science. Il est à noter qu'en dehors de cet effet bénéfique reconnu par les médecins interrogés, ils n'identifiaient pas d'interférence liée aux protocoles dans leur relation avec le patient.

|    |                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 | « <i>Pas dans ma relation ! »</i>                                                                                              |
| M5 | « <i>Non, je ne vois pas en quoi ... (long silence) [en quoi cela pourrait interférer dans ma relation avec le patient]. »</i> |

## **B. Des caractéristiques jugées nécessaires**

Les informateurs ont décrit des prérequis pour pouvoir se fier aux protocoles de service et ainsi pouvoir les utiliser.

- **Une validité scientifique**

Les médecins soulignaient l'importance que les protocoles reposent sur des recommandations nationales.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2 | « Un schéma de prise en charge basé sur des données scientifiques sûres, c'est-à-dire des référentiels type SFMU, en tout cas dans notre cas, en tout cas par les grandes sociétés savantes. »                                                                                                           |
| I5 | « [...] que ce soit construit par, enfin en fonction des dernières recommandations, [...] pas une petite popote mais quelque chose de vraiment validé avec les dernières recommandations, les choses comme ça pour que finalement on puisse l'appliquer, savoir que derrière il y a des sources sûres. » |
| M9 | « Alors qu'il soit ... [...] qu'il tienne compte des dernières recommandations. »                                                                                                                                                                                                                        |

- **Une validation collégiale**

Ils décrivaient le besoin d'un consensus avec l'ensemble de l'équipe médicale.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M6 | « Et puis j'attends qu'il soit accordé et établi par l'ensemble des médecins quoi. Qu'il soit un peu unanime. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| I4 | « On peut pas faire un protocole tout seul dans son coin, c'est même pas la définition d'un protocole quoi. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| M2 | « [...] peut-être que les autres services où il y a moins d'entente, moins de coordination, une chefferie moins forte ou voilà, où finalement il y en a un qui propose une idée de protocole, il y en a un qui va dire « non non moi j'ai 30 ans de bouteille, j'ai jamais fait comme ça, je ne ferai jamais comme ça », donc il y a peut-être un manque d'unité d'équipe, donc peut-être que c'est plus difficile à mettre en place. » |

Le lien avec les spécialistes de l'hôpital devait également être fait.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I3 | <i>« Après, pour en avoir rediscuté une ou deux fois avec les chefs, ils disaient que c'était quand même sur demande des urologues aussi que [ce protocole] avait été fait. »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| M9 | <i>« Je pense que les protocoles en tout cas en ce qui concerne un service d'urgences c'est important de le partager avec l'ensemble des spécialités. Parce qu'en fait on a une mission, des missions transversales et on participe aux filières de soins des différentes spécialités donc ça doit se travailler à la fois avec nos recommandations mais aussi avec les recommandations des spécialistes et des modalités de fonctionnement de chaque service de spécialité. »</i> |

- **Une actualisation régulière**

Les protocoles devaient, pour rester valables aux yeux des médecins qui les utilisent, être remis à jour régulièrement.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M6 | <i>« Je pense qu'il y a des protocoles qui datent de très longtemps, qui n'ont pas forcément été mis à jour donc je ne suis pas sûr qu'ils soient aussi valables que les plus récents. »</i>                                                                                                                |
| M3 | <i>« Je pense que c'est bien si on peut communiquer un peu plus dessus pour éventuellement les réadapter assez régulièrement, parce que sinon c'est vrai que ça n'a pas de sens si on ne les remet pas à jour régulièrement quoi. »</i>                                                                     |
| I1 | <i>« Ils ne se valent pas tous, notamment ceux du circuit court dont on parlait là dans ce fameux classeur rouge, euh les morsures ce n'est plus à jour par exemple tu vois. Il y a une partie qui est à jour, l'autre partie qui ne l'est plus ... Voilà il y a des protocoles qui ne se valent pas. »</i> |

- **Un protocole adapté**

Selon les informateurs, les protocoles devaient être adaptés aux spécificités du service.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 | <i>« Adapter certains protocoles de référentiels [...] en les appliquant un peu plus à nos pratiques et nos possibilités de pratiques au sein des urgences de Roubaix car bon un référentiel national oublie parfois qu'on n'a pas forcément accès à tous les moyens d'examens complémentaires ou ressources thérapeutiques dans certains centres donc euh on essaye de les appliquer au plus proche de ce qui est avéré pour pouvoir les mettre en pratique au quotidien chez nous. »</i> |
| M8 | <i>« Enfin voilà, quelque chose qui soit réalisable dans la réalité de notre métier surtout. »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Les protocoles devaient également être adaptés aux motifs de consultation des patients, justifiant de leur utilité.

|    |                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M6 | <i>« J'attends qu'il soit ... Facilement adapté au motif de consultation. »</i>                                                                                                                                |
| M7 | <i>« Si on fait le protocole de la douleur aux urgences c'est pas le même que le protocole de la douleur en onco ou soins pall donc du coup plus ciblé sur les pathologies par service donc plus adapté. »</i> |

- **Simplicité et clarté**

Pour les médecins interrogés, il était indispensable que les protocoles soient simples et clairs pour pouvoir les utiliser.



|    |                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M7 | « A part si c'est trop compliqué et où il va falloir aller commencer à aller chercher du matériel à droite à gauche, ou commencer à calculer des doses, des machins, des ... La complexité du truc. » |
| M8 | « Que ce soit clair, simple et faisable ! »                                                                                                                                                           |
| M9 | « Alors le protocole il faut qu'il soit clair, c'est-à-dire facile d'application. »                                                                                                                   |

### C. Des bénéfices ressentis

Les médecins ont identifié de nombreux bénéfices à l'utilisation de protocoles de service et ce dans plusieurs domaines.

#### a) Pour la pratique

Les protocoles leur permettaient d'être plus rapides dans leurs prises en charge.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M7 | « [...] s'il y a beaucoup de monde je peux marquer « protocole douleur », voilà j'ai pas besoin d'aller rechercher la documentation en me demandant où ça se trouve enfin tu vois, rechercher un référentiel SFMU où il va falloir que moi je refasse le résumé du truc pour euh ... Et si tout est déjà bien détaillé, donc ... » |
| M5 | « [...] au moins pour le début de la prise en charge, tu sais ce que tu dois faire et où tu dois aller. Et euh ... Et voilà au moins pour le début, ouais les avis, les signes de gravité, c'est un gain de temps pour tout le monde. »                                                                                            |
| I2 | « Oui mais ça te fait gagner un temps de taré ! Genre ça te gagne plein de temps en fait, parce que quand tu vois une colique néphrétique tu sais que t'as ton protocole, que t'as ta filière derrière, tu vas tout droit et tu sais qu'une colique néphrétique c'est sortie en une heure et demi après                            |

|    |                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <i>avoir eu sa BU et sa bio et tu te dis genre « ça c'est simple », [...], t'as l'esprit tellement clair que tu vas, enfin je pense qu'on va super vite. »</i>                    |
| M1 | <i>« Et en même temps ce protocole douleur abdo peut être une aide parce que ça nous permet d'accélérer les prises en charge des patients et gérer plus facilement le flux. »</i> |

Les médecins décrivaient également une aide dans leurs prises en charge, ils se sentaient guidés par les protocoles.

|    |                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M3 | <i>« Bah ça permet de remettre des fois les choses au clair sur des sujets justement que j'ai pas forcément l'habitude de traiter ou voilà, ça permet je pense, ça aide dans la prise en charge des patients. »</i>                         |
| I5 | <i>« Je suis premier semestre donc forcément pour moi en ce moment ça a quelque chose de plutôt rassurant parce que ça permet de m'aiguiller si c'est des sujets que je ne maîtrise pas trop donc je commence à le prendre en charge. »</i> |

Les médecins voyaient dans les protocoles un moyen d'homogénéiser les pratiques.

|    |                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M7 | <i>« Une prise en charge plutôt homogène entre praticiens. »</i>                                                                                                 |
| M8 | <i>« Une uniformisation des pratiques [...] »</i>                                                                                                                |
| M3 | <i>« Voilà je pense que c'est une, comment dire, pour que tout le monde ait la même façon de prendre en charge certaines pathologies au sein d'un service. »</i> |

Ils considéraient les protocoles comme un moyen pour lutter contre les habitudes, se remettre en question, voire même assurer une sorte de formation médicale continue.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 | « Ben moi ça m'apporte euh plus de vérifier si mes prises en charge sont corrélées à ce qui se fait de manière générale et si je m'en écarte pas trop dans mes pratiques quotidiennes. J'y ai pas recours au quotidien hein, mais ça me permet de temps en temps en relisant un protocole si, savoir si je m'écarte un peu, pas trop d'un référentiel observé par la plupart de mes collègues. Voir si effectivement euh il n'y a pas eu d'évolution dans les prises en charge que j'aurais pu ne pas connaître et du coup essayer de voir un petit peu par rapport aux patients que je prends en charge si ça un intérêt quelconque à modifier le protocole et à les reprendre en charge d'une autre manière. » |
| M7 | « Et puis pour les vieux, bah c'est pour pas rester sur des protocoles qui datent d'avant-guerre et de ... (rires) Tu vois je trouve que c'est intéressant justement de faire de nouveaux protocoles parce que les vieilles habitudes que t'avais, qui sont peut-être pas mauvaises, on a tué personne avec nos vieux protocoles, mais voilà si la science dit qu'on peut faire comme ça et que c'est mieux ben on n'est pas obligé de rester à des prescriptions de 1912. »                                                                                                                                                                                                                                     |
| M9 | « [...] et puis ça permet aussi de remettre à jour régulièrement les connaissances pour l'ensemble de l'équipe. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Les protocoles permettaient également de se protéger, notamment au sens médico-légal.

|    |                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M6 | « [...] alors qu'effectivement les internes, je pense que peut-être pour se rassurer et pour ne pas faire de fautes, vont les utiliser pour se protéger quoi. »                              |
| M7 | « Ben je pense une certaine sérénité en se disant « ben voilà on a réfléchi, le truc est posé et je sais que je peux l'appliquer. » [...] une sécurité ... Pour moi et le patient en fait. » |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 | « Après effectivement quand on ne maîtrise pas assez, par exemple, je prends l'exemple du protocole kétofol des sédations vigiles. Moi je ne maîtrise pas du tout suffisamment les drogues d'anesthésie pour les poser, en tout cas je n'ai pas l'impression de le faire en sécurité. Avoir un protocole je sais que, une fois que j'ai vérifié les contre-indications, que je peux l'appliquer, je me sens en sécurité en utilisant ce protocole. »                        |
| M2 | « [...] quoi qu'il en soit c'est un cadre qui est donné, c'est un moyen de protection et du patient et aussi du soignant malgré tout. »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| I3 | « Oui il y a des chefs qui me l'ont dit : « il est 6h du mat, tu protocolises et tu fais du systématique. Même ton TC où t'as l'impression qu'il ne faut pas forcément faire ci, faire ça, bah tu fais son scanner et tu ... Enfin tu sais ... C'est plus une heure où t'as le droit de trop te fier à ton ... Ton sens clinique. [...] On apprécie de les avoir sous la main en fait et de savoir qu'on peut utiliser ça, c'est un côté où ça nous protège aussi un peu. » |

### b) Pour le service

Selon les informateurs, les protocoles permettaient de créer du lien et de faciliter le travail avec l'équipe paramédicale, à la fois par le fait de les inclure dans le processus de création et également par le fait d'avoir les mêmes pratiques entre médecins.

|    |                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 | « Les protocoles ils sont créés conjointement avec l'équipe médicale et paramédicale. »                                                               |
| M7 | « C'est je pense pour les infirmiers [un moyen] de pas passer à la tambouille de chacun et d'avoir un protocole. »                                    |
| M8 | « Une uniformisation des pratiques [...] pour après bien communiquer avec les infirmiers quand on fait tous la même chose, je pense que c'est bien. » |

Ils y voyaient également un moyen d'encadrer les internes du service, voire un outil pédagogique.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9 | « Après pour les plus jeunes ça peut avoir un intérêt d'enseignement, [...] avec effectivement cette particularité pour les plus jeunes qui ont un support d'enseignement. »                                                                                                                                                                                                                                  |
| M2 | « Ça peut être une solution de facilité aussi, sur plusieurs plans, c'est-à-dire on n'a pas forcément le temps de sénioriser bah on va dire « suis le protocole », sans explications forcément associées. Ou parfois, quand on n'est pas forcément d'accord sur une prise en charge, ça peut être aussi de dire « bah écoute il y a un protocole, tu ne veux pas le suivre mais t'es obligé de le suivre ». » |
| M5 | « Et après pour les internes je pense qu'au moins ça les ... Déjà ils retiendront peut-être mieux, certains retiendront peut-être mieux en ayant pratiqué au moins une fois tu vois et peut-être qu'ils peuvent du coup commencer sans ... Pareil tu vois commencer sans nous et après revenir vers nous une fois qu'ils ont lancé le truc, mais au moins c'est pareil ils sont cadrés quoi. »                |

Les internes eux-mêmes y voyaient un moyen de s'autonomiser et de s'auto-former.

|    |                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I3 | « En fait avoir un protocole sous les yeux et l'utiliser, ça vaudrait le coup qu'à chaque fois on se pose justement la question d'où il vient. Après c'est à chacun aussi de la faire parce que c'est formateur. » |
| I2 | « Mais c'est un bon truc de débrouillage. Tu lis tes trucs ... Ca, enfin ... Quand t'es seul après minuit et que ... Tu te dis que c'est vraiment con de déranger un chef parfois pour ça. »                       |
| I4 | « [...] aussi ils ont fait ça pour, enfin pas pour se décharger, mais enfin pour leur permettre finalement de voir des patients aussi et de moins                                                                  |

|  |                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <i>nous « encadrer ». Je sais pas si on peut dire ça comme ça, je sais pas trop comment exprimer, mais pour nous donner peut-être plus d'autonomie et pas de tout le temps les solliciter. »</i> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### c) Pour l'établissement hospitalier

Les médecins évoquaient également un gain financier pour l'établissement, les protocoles permettant de réaliser des économies.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M5 | <i>« Ben de, éventuellement de pas, tu vois si c'est par exemple au niveau de la bio de ne pas en demander ni trop ni pas assez, qu'au moins toutes les informations soient ... Enfin que tout ce qu'il y a à demander soit dedans, du coup un gain de ... Financier, pour l'hôpital. Qu'il n'y ait pas 36 000 examens complémentaires. »</i> |
| M7 | <i>« Et puis tu vois par exemple on fait une SAP de, je sais pas je dis n'importe quoi, RISORDAN® en bas, on arrive en cardio la SAP elle est jetée parce qu'entre la cardio et les urgences on n'a pas le même protocole, c'est quand un même un peu crétin quoi ! Ce que ça coûte comme argent ... »</i>                                    |

Enfin, les protocoles étaient un vecteur de liens entre les différents spécialistes de l'hôpital et les urgentistes.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9 | <i>« Je pense que les protocoles, en tout cas en ce qui concerne un service d'urgences, c'est important de le partager avec l'ensemble des spécialités. »</i>                                                                                                |
| M7 | <i>« Bah qu'il y ait une continuité entre en bas et les services ça je pense que c'est important, [...], donc qu'il y ait cette continuité de protocole au sein de l'établissement, pas qu'au sein du service, ça je pense que c'est hyper important ! »</i> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2 | <i>« Bah parce que finalement on a des protocoles diabète qui sont faits, des protocoles inter-services et finalement les diabéto ils vont prendre en, enfin ça va être pris en charge de la même façon dans tout l'hôpital quel que soit le type de patient qui décompense dans les étages. »</i> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **D. Des freins à leur utilisation**

Plusieurs facteurs limitant l'utilisation des protocoles de services ont pu être identifiés par les médecins interrogés. Et pour certains, des propositions d'amélioration ont été spontanément évoquées.

##### **a) Une activité chronophage**

Les informateurs avouaient que les protocoles nécessitaient du temps : création, puis actualisation et communication. Ils précisait qu'il s'agissait d'un temps dont ils ne bénéficiaient pas forcément.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9 | <i>« En revanche, c'est quelque chose qui est consommateur de temps. Et le temps médical aujourd'hui il est compté puisqu'en fait on passe beaucoup de temps dans notre spécialité au lit du patient, donc c'est difficilement applicable compte tenu en plus, pour les urgences, d'une diversité de pathologies puisqu'en fait on touche à toutes les spécialités. Donc c'est quelque chose de nécessaire mais qui est très consommateur de temps et qui est de ce fait difficile à mettre en place. »</i> |
| I4 | <i>« Alors certes ça demande du travail parce que faire un protocole c'est beaucoup de synthèse et un gros travail de lecture etc. »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Une solution a été soumise par l'un des informateurs.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I4 | « Quand j'y réfléchis ça pourrait même être un travail pour nous les internes ! Je veux dire dans quasiment tous les stages on nous demande un travail écrit, ici aux urgences c'est l'analyse d'un article à présenter devant tout le monde au petit-déj. [...] Enfin ça pourrait peut-être aider le service qu'on remette à jour des protocoles. Et pour nous ce serait intéressant aussi parce que ça nous ferait faire une recherche biblio, presque une petite revue de la littérature ... Enfin c'est une idée comme ça, mais moi personnellement je pense que ça m'intéresserait de faire ça. » |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### b) De nombreux manques

Les protocoles étaient décrits comme requérant certains besoins pour que leur utilisation soit optimale. Les médecins ont fait le constat de plusieurs manquements entraînant une sous-utilisation des protocoles de leur service.

- **Un manque de communication**

La communication sur l'existence des protocoles semblait faire fréquemment défaut.

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I2 et I1 | « Et en même temps pour le coup (pause pour s'adresser au dictaphone), je respecte ce service (rires), quand on est arrivé aux urgences finalement les protocoles tout le monde pensait qu'on les connaissait. Tu vois la première colique néphrétique que t'as vu, on te dit mais pourquoi t'as pas orienté vers une filière ; moi j'ai découvert la filière biliaire et les protocoles (I3 = à 2 mois de stage), pfff bah moi beaucoup plus, j'ai découvert ça à 4 mois de stage, j'étais là en mode « ça existe ? » et avant bah je me démerdais, je faisais des trucs bah sans protocoles qui marchaient un peu ... (s'adressant à I1) Tu connaissais toi ? Non bah je ne sais même pas ce que c'est ! Du coup moi je l'apprends à 4 jours de la fin ... » |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M3 | <i>« Moi j'ai appris bien après mon arrivée que, par exemple, il y avait une conduite à tenir particulière pour telle ou telle pathologie, qu'il y avait des trucs déjà tout fait etc. Je l'ai su quelques mois après mon arrivée, je ne le savais pas pendant un temps. »</i> |
| I4 | <i>« Mais après il y a sûrement plein d'autres protocoles dont j'ai pas connaissance. »</i>                                                                                                                                                                                    |

Les informateurs découvraient la plupart du temps fortuitement les protocoles.

|    |                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I5 | <i>« J'en ai eu connaissance quand j'ai été confronté à un problème et finalement qu'on me dise « bah regarde il y a des protocoles qui sont faits et qui pourront t'aider. »</i>                                                           |
| M2 | <i>« [...] voilà il y a beaucoup de bouche à oreilles un peu dans les protocoles. »</i>                                                                                                                                                     |
| M1 | <i>« J'ai découvert il y a peu qu'il y a un protocole sur les bilans pré-op qui avait été fait avec les anesth mais on ne m'en a jamais parlé ! Du coup je faisais des bilans pré-op un peu systématiques alors qu'il ne fallait pas. »</i> |

Plusieurs médecins partageaient ce constat d'échec, le jugeant dommageable et tentant d'y apporter des solutions.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M7 | <i>« Après je ne sais pas si on leur dit à leur arrivée ou s'ils l'apprennent sur le tas parce qu'il y a un de nous qui dit « ah bah tiens, le protocole est là », je sais pas. Mais je pense qu'ils finissent par savoir que c'est dispo. C'est peut-être dommage d'ailleurs parce que du coup ça uniformiserait leurs prises en charge et les nôtres. Il faudrait peut-être qu'on leur fasse euh ... Qu'on leur dise à leur arrivée d'emblée. »</i> |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 | « Je vois ici on ne l'a pas du tout fait pour les internes qui sont arrivés en même temps que moi jeune chef et c'est pas forcément ... Je pense que ce n'est pas bien de notre part de ne pas dire « bah tiens les premières semaines on va vous faire regarder les protocoles, on va vous montrer le tri, l'orientation sur tout ce qui est justement protocolisé pour que vous compreniez un petit peu mieux pourquoi tel patient se retrouve là, alors comment ça marche un protocole de rattrapage de l'insuline et donc que vous puissiez le prescrire et efficacement. » |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ensuite la communication sur leur localisation semblait également déficiente. En effet, les réponses à la question sur l'accès aux protocoles étaient discordantes et personne ne semblait identifier les protocoles au même endroit.

|    |                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 | « Alors j'y ai accès plutôt par ordinateur. »                                                                                                                                                                                 |
| M8 | « Euh alors il y en a qui sont sur papier, dans les porte-vues ou ... Ouais surtout et après il y en a quelques-uns sur l'ordinateur il me semble mais ouais c'est surtout ceux sur papier. »                                 |
| M7 | « Ben en général par informatique, euh ... J'ai pas de poche donc j'ai peu de documents écrits sur moi, ou alors sur mon téléphone dans des mémos enfin tu vois un truc spécial protocole, mais globalement l'informatique. » |
| M6 | « Bah souvent c'est sur le logiciel easily, je pense qu'il y a des protocoles qui sont déjà faits. Ou dans des classeurs faits dans le chariot des infirmières. »                                                             |

Plusieurs des médecins interrogés avouaient ne pas savoir localiser les protocoles.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M5 | « Ben ça dépend lesquels je pense, mais à mon avis il y en a plein dont j'ignore totalement le truc parce que même tu vois je sais que pour le palu, je sais qu'il y en a un mais je ne sais pas où il est ... Donc je pense en effet qu'il y en a plein et qu'on sait pas où ils sont (rires). » |
| M2 | « Finalement je n'y ai jamais accédé directement mais il y a le protocole colique néphrétique où il y a tout un suivi, prises de rendez-vous ... [...] Je sais qu'il y a ceux qui existent que je n'ai jamais lu. »                                                                               |
| M9 | « Si je ne l'utilise pas c'est qu'en fait j'ai un peu de mal à le trouver, savoir où il est. »                                                                                                                                                                                                    |

Les informateurs constataient le problème de la localisation et jugeaient l'amélioration nécessaire.

|    |                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M6 | « Après effectivement peut-être faudrait une meilleure accessibilité des protocoles, ça serait quand même un peu plus judicieux. »                                                                                   |
| M7 | « Donc ça c'est important aussi qu'il soit bien hein ... Qu'on soit mis au courant effectivement mais qu'on sache où aller le rechercher et qu'il y ait qu'un seul endroit, qu'on commence pas à chercher partout. » |

Un autre défaut de communication portait sur l'actualisation des protocoles.

|    |                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I1 | « [...], tu ne sais pas si ça a été réévalué et tu te dis mais est-ce que c'est vraiment bien ce que je fais, est-ce que c'est encore à jour ou pas ? » |
| M8 | « La fréquence de remise à jour non, sauf si on a des collègues qui nous en parle ou de temps en temps on fait un point, alors là avec le covid en      |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <i>plus on se rassemble moins pour ce genre de points-là ... Mais sinon non j'ai pas de visibilité claire, ça c'est sûr. C'est plutôt du bouche à oreilles. »</i>                                                                                                                                           |
| M3 | <i>« Et puis je pense qu'ils ne sont peut-être pas forcément remis à jour régulièrement quand même en fait (rires). [...] Et en effet depuis que je suis arrivée en tout cas il n'y a pas eu de réunions, de trucs spécifiques en parlant de tel ou tel protocole, en tout cas pas à ma connaissance. »</i> |

### • Un manque de formation

Ce constat était essentiellement fait par les internes, les concernant préférentiellement. Ils avouaient de ne pas toujours bien comprendre les protocoles, source potentielle d'erreurs mais surtout source d'angoisse pour eux.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | <i>« Ben on se retrouve un peu désemparé parce qu'on est face à un sénior qui nous a dit « regarde dans le protocole, t'es assez ... », enfin sous-entendu tu es assez grande pour te débrouiller comme ça. Et après on se retrouve face à un protocole qu'on ne sait pas lire ou du mal à lire et du coup on est, enfin moi j'ai toujours un peu de mal à redemander après à un sénior parce que c'est censé être clair donc j'ai toujours peur de, ben de faire quelque chose de mal ou ... Et ça m'est arrivé de faire des bêtises sur ça. »</i>                                                                       |
| 12 | <i>« Moi il m'angoisse parce que je comprends pas, enfin je, j'exécute comme un petit soldat tout ce qui est marqué mais je me dis mais en fait je maîtrise pas, je ne me sens pas du tout en maîtrise en fait de ce que je fais parce que je ne maîtrise pas ces trucs ! Alors avec le papier je fais, bon petit soldat, mais je ne suis pas en confiance, parce que je me dis ce n'est pas moi qui sais, c'est le protocole qui sait pour moi. Je me dis s'il y a un truc qui foire ... Bah parce qu'en fait c'est là que tu te rends compte que c'est différent entre le protocole qui sait et toi qui sais. Parce</i> |

|    |                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <i>que là tu te dis genre le protocole en sait plus que toi et tu trouves ça méga-flippant ! Tu relis trois fois tes trucs et ouais ... Tu sais pas quoi ! »</i> |
| I1 | <i>« (en réponse à I2) C'est exactement ça ! J'ai exactement le même ressenti là-dessus ! »</i>                                                                  |

Une angoisse qui était mise en opposition à la valeur rassurante des protocoles qui les guident dans leurs prises en charge.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I3 | <i>« Mais c'est très ambivalent du coup comme sentiment parce que c'est rassurant et angoissant pile en même temps quoi. C'est rassurant d'avoir le protocole parce que bah au moins je sais ce qu'il faut faire et c'est angoissant parce que je ne sais pas pourquoi je sais ce qu'il faut faire. »</i> |
| I1 | <i>« En fait je suis un peu ambivalent là-dessus parce qu'effectivement t'as ce côté rassurant, de dire « c'est bon, même si je n'ai pas été confronté au cas, je sais ce qu'il faut faire » et d'un autre côté t'as l'impression en l'appliquant de ne pas savoir ce que tu fais en fait. »</i>          |

Le besoin de recevoir une formation était alors naturellement exprimée, et verbalisée comme manquante.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I3 | <i>« Après je pense que tout protocole nécessite qu'on apprenne à le comprendre, chacun des protocoles. »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| M1 | <i>« Je pense qu'on n'est pas formé à l'utilisation des protocoles, ce qui est une bêtise. [...] Je suis plus encore dans une logique d'interne que de chef hein, je viens juste de finir mon internat ... Les internes sont un peu délaissés. [...] On ne nous enseigne pas assez ces choses-là, il n'y a pas de formation parce que les praticiens n'ont probablement pas le temps et il n'y a pas de temps accordé à la formation suffisante sur ce genre de</i> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <i>fonctionnement de service. Autrement on a des formations théoriques avec des mini-cours sur des points de clinique ou de paraclinique ou des thématiques, mais on n'a pas de formation sur le fonctionnement d'un service, qui est je pense préjudiciable à la fois au praticien, à l'interne, à la fois aux infirmières, à la fois aux patients. Ça devrait être fait de façon un peu plus systématique. »</i> |
| I2 | <i>« (S'adressant au dictaphone) on ne critique pas vos protocoles, il faut juste qu'on soit mieux formés ! (rires) »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### c) Des réticences diverses

Certains médecins évoquaient l'avis spécialisé comme prévalant sur le protocole et était un facteur pour eux, en cas de discordance, de non-utilisation du protocole.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I4 | <i>« Ben l'avis d'un sénior ou l'avis d'un médecin spécialisé qui me dit que, qui me donne une marche à suivre différente du protocole que j'ai dans le service. Et à part ça euh, en tant que jeune interne, je ne vois pas trop quelle autre raison j'aurais de ne pas suivre un protocole. »</i> |
| M6 | <i>« Ou l'avis d'un autre médecin, d'un spécialiste qui va à l'encontre du protocole, oui je pense que j'adapterais plus facilement ma prise en charge en fonction de l'avis du spécialiste. »</i>                                                                                                  |

Un des informateurs évoquait également la fierté du médecin, pouvant interférer avec l'utilisation du protocole.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M2 | <i>« On a aussi je pense une forme de fierté qui fait qu'on se dit « ouais ouais il y a un cadre mais moi je suis docteur, ton protocole il est bien mais moi je pense que, j'ai lu dans un bouquin que, ... » Voilà et ça peut s'entendre. »</i> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Un autre se méfiait d'effets de « mode » qu'il pouvait constater dans la parution des recommandations en lien avec la création des protocoles.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M4 | <i>« Depuis toutes ces dernières années, on a l'impression aussi de certaines « modes médicales » où certaines thérapeutiques qu'on avait vu en début de carrière ont disparu en milieu de carrière et qu'on voit réapparaître ... Euh on sait plus trop s'il y a du vrai ou du faux dans certaines choses, ça c'est disons le côté plus négatif de certains protocoles [...]. J'avoue que faut essayer de garder un ... aussi un regard un petit peu objectif sur certaines évolutions de certains protocoles. »</i> |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### E. Une utilisation optionnelle

Les médecins interrogés s'accordaient à dire que les protocoles étaient un support dont l'utilisation restait optionnelle, bénéficiant de leur libre-arbitre.

|    |                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M9 | <i>« Un protocole ne sert que de de ligne de conduite, après chacun est libre de réaliser ses prises en charge puisqu'on a une liberté individuelle. »</i>                                        |
| M7 | <i>« Et de toute façon on a quand même notre liberté de prescription, au pire du pire on peut quand même ne pas appliquer le protocole si on veut pas l'appliquer. »</i>                          |
| M4 | <i>« Donc effectivement on n'est pas obligé d'appliquer un protocole au pied de la lettre de A à Z, il y a aussi, je pense qu'il faut aussi garder un petit peu d'appréciation personnelle. »</i> |

L'utilisation des protocoles était conditionnée par leur discernement.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I1 | <i>« Et puis il ne faut pas oublier non plus qu'il y a un sens clinique je pense. Je veux dire un protocole c'est bien beau de l'avoir mais t'as quand même le sens clinique, t'as jamais un patient qui est identique. Le mec qui vient pour son acidocétose il a des comorbidités que l'autre n'avait pas par exemple. Faut pas oublier non plus qu'il y a un sens clinique à avoir. »</i>      |
| M1 | <i>« Il faut toujours les prendre avec du recul. [...] Faut pas être systématique dans les prises en charge, chaque patient est différent, chaque situation est différente et on doit à chaque fois impliquer une réflexion. La prescription d'un protocole doit être le résultat d'une réflexion et d'un temps d'analyse de la situation, ça ne doit pas être quelque chose d'automatique. »</i> |
| M2 | <i>« On peut dévier [...] ça reste du bon sens, du bon sens médical pur. Si c'est pour suivre un protocole et si on te dit « foncez dans le mur » « ah bah pas de problème j'y vais ». Faut quand même prendre le recul suffisant pour adapter les choses. [...] Faut savoir en sortir, ça reste un cadre. »</i>                                                                                  |

Ce discernement, permettant le détachement des protocoles, était décrit comme proportionnel à l'expérience.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I1 | <i>« Et l'expérience oui, je pense qu'en fin de carrière tu as acquis une expérience que tu n'as clairement pas en début de carrière et que t'acquies pas vite. Et je pense que tu dois pouvoir te dire « bah moi j'ai vu faire ça à tel endroit, je m'étais dit tiens pourquoi et je me suis dit ça marche donc votre protocole-là qui me dit de faire comme ça bah moi je vais faire autrement parce que je sais que ça marche. »</i> |
| M1 | <i>« Quand on est sénior et qu'on a un petit peu plus d'expérience, on peut justement se dire « bah le protocole il est insuffisant ou il fait des trucs</i>                                                                                                                                                                                                                                                                            |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <i>qui ne sont pas nécessaires, il faut que je puisse m'en détacher » et pour ça je pense qu'il faut un petit peu d'expérience, pour avoir une analyse et une bonne connaissance du protocole et de son application. »</i>                                                                                                                                                   |
| I4 | <i>« Je pense que les utilisations ne sont pas du tout les mêmes en fonction de l'expérience de la personne. [...] Des gens qui peuvent s'affranchir des protocoles parce qu'ils ont assez d'expérience, assez de connaissances pour dire « ben c'est une possibilité, c'est une manière de faire mais moi je propose une autre manière et ce sera peut-être faisable. »</i> |
| M4 | <i>« Je pense que l'expérience fait évoluer plus vite un protocole. »</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Une opposition était alors clairement établie par les informateurs entre les internes et les médecins exerçant depuis plusieurs années dans cette capacité à adapter les protocoles.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M1 | <i>« Je pense que le protocole quand t'es externe tu captes rien, quand t'es interne c'est la marche à suivre parce que tu n'as pas encore suffisamment de recul pour analyser et puis critiquer ça, et quand t'es chef c'est une aide pour aller plus vite, pour encadrer les choses mais de laquelle tu peux te détacher un petit peu plus facilement. »</i>                                                                                     |
| I4 | <i>« Je pense qu'un PH, un médecin expérimenté en tout cas aura plus facilement tendance à avoir déjà un protocole en tête, comme lui a l'habitude de faire, selon les modalités pratiques qui lui semblent le mieux. Et c'est des modalités que quand on débute on n'a pas encore en tête puisqu'on a pas vu beaucoup de situations cliniques, donc on a tendance à se raccrocher à ce protocole parce que c'est le seul protocole qu'on a. »</i> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | <i>« Je pense que nous, en étant plus jeunes, on a, enfin on a peut-être pas forcément un regard critique alors que les médecins avec un peu plus d'expérience ont peut-être plus de regard critique vis-à-vis des protocoles qui sont faits. Je pense que c'est plutôt les jeunes médecins, enfin nous les internes, qui s'en servons plutôt que les séniors. »</i> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DISCUSSION

### I. Autour de la méthode

#### A. Type d'étude

Les protocoles de service ne sont que très peu étudiés quand il s'agit de s'intéresser aux médecins qui les appliquent. La recherche bibliographique n'a donné que très peu de résultats concernant ce sujet. L'abord qualitatif paraissait donc le plus adéquat pour étudier cette problématique.

De plus, comme le décrit Christophe Lejeune dans son livre, la méthode par théorisation ancrée « *convient à toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive* » (49). Elle semblait donc judicieuse pour cette étude qui voulait explorer une dimension inconnue, sans éléments factuels à interroger.

#### B. Forces et faiblesses de l'étude

##### a) Recrutement des informateurs

C'est une étude monocentrique, réalisée auprès des médecins exerçant au sein du SAU du centre hospitalier de Roubaix. Les résultats obtenus ne reflètent que leurs ressentis et ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des médecins de France exerçant dans des services d'accueil des urgences.

Le recrutement des 14 participants a été fait auprès des collègues de l'auteur. Un mail commun avait été envoyé sur la messagerie professionnelle et la participation à l'étude s'est effectuée sur la base du volontariat. Il existe donc un probable biais de sélection.

### **b) Recueil des données**

Les entretiens semi-dirigés, à l'exception du premier, ont tous été effectués individuellement, permettant d'assurer aux informateurs une parole libre, sans crainte d'être jugés par leurs confrères.

L'auteur s'est auto-formé à la méthodologie par théorisation ancrée et à la spécificité de ses entretiens dans la littérature (49), (50). Malgré la réalisation d'un premier entretien test permettant à l'auteur de se familiariser avec la méthode et un perfectionnement progressif au fil des entretiens menés, les aptitudes développées n'égalent en rien celles d'un chercheur expérimenté.

### **c) Analyse des données**

La triangulation des données avec deux autres chercheurs avait pour but de limiter le biais de subjectivité. Elle a permis de s'assurer que les résultats ne soient pas liés à la seule interprétation de l'auteur et garantir ainsi la validité de l'étude.

Dans le même esprit, la recherche bibliographique a posteriori permettait de mettre à distance la sensibilité théorique de l'auteur.

## II. Autour des résultats

### A. La pertinence d'un outil

Les médecins interrogés ont conféré des caractéristiques précises aux protocoles de service, qu'ils jugeaient nécessaires pour pouvoir leur accorder leur confiance et ainsi concéder à leur utilisation. Il s'agit donc de propriétés, qui étaient :

- Simplicité,
- Clarté,
- Validité scientifique,
- Validation collégiale,
- Adapté,
- Actualisé.

Ils ressentaient par ailleurs un effet positif sur le travail effectué grâce à leur utilisation. En effet, plusieurs bénéfices étaient décrits par les informateurs et concernaient notamment la pratique médicale.

Lorsque l'on s'intéresse aux différentes définitions données au mot « outil » dans la langue française, on entend qu'il s'agit d'un « *objet fabriqué ou d'un moyen, doté de propriétés adaptées à un procès de production déterminé, permettant de transformer l'objet de travail selon un but fixé* » (51). Ainsi, à travers l'expression de leurs ressentis, les médecins ont qualifié le protocole de service de véritable outil.

Cet outil s'avère pertinent, permettant aux informateurs d'en retirer des effets positifs sur leur activité. Certains d'entre eux sont particulièrement intéressant à analyser, suscitant la discussion.

- **Une aide à la pratique**

Les médecins interrogés évoquaient un gain de temps dans la prise en charge des patients.

A l'heure où le phénomène de saturation qui sévit sur les services d'urgences, bien décrit dans la littérature (29), (30), est devenu un enjeu de santé publique, tous les moyens permettant d'accélérer le flux et réduire ainsi l'impact sur la qualité des soins sont bénéfiques. Ils permettent également de réduire le stress engendré par de telles situations, améliorant la qualité de vie au travail des médecins.

Ils évoquaient également le sentiment d'être guidé dans leurs pratiques, de bénéficier d'une aide à la décision. C'est un constat cohérent avec les données scientifiques actuelles. En effet, le but des recommandations de bonnes pratiques est d'aiguiller les praticiens parmi le flux d'informations médicales qu'ils ont à traiter, leur offrant une synthèse et leur économisant ainsi une charge de travail supplémentaire. De plus, par leur création collective et validée par des experts, elles possèdent une dimension rassurante pour les médecins (47).

Les informateurs appréciaient également l'homogénéisation des pratiques engendrée par les protocoles. Elle assure aux patients une égalité dans la qualité de leur prise en charge, qu'ils soient soignés par un sénior expérimenté ou un jeune interne.

Les médecins trouvaient donc un bénéfice certain pour les patients à travers ces trois constats, en accord avec leur mission première : œuvrer dans l'intérêt des patients. Il

est intéressant de noter qu'en dehors de cet effet positif, les informateurs ne semblaient pas ressentir d'impact dans leur relation avec les patients lié à l'utilisation des protocoles de service.

Pour autant la question peut paraître légitime. On retrouve plusieurs publications dans la littérature qui alertent sur ce sujet (48), (52), (53). Par exemple, Dr Blanchet évoque dans « Le protocole » une pratique à risques. Elle explique que, par son côté rassurant, un protocole peut endormir le sens critique des médecins et induire que l'habitude fasse dévier le but initial, s'appuyant sur l'exemple du cocktail lytique mis au point pendant la seconde guerre mondiale par le Pr. Laborit pour soulager les blessés pendant leur transport et qui s'est transformé en un traitement accélérateur de fin de vie en soins palliatifs. Elle s'inquiète également de la perte de la singularité des malades face à des protocoles dont l'essence même est d'être universels, impactant les médecins dans leur vision globale des patients. Cette crainte est partagée par le Dr Azria qui pointe le risque de déshumanisation de la relation de soin face à un *« processus de standardisation dont l'effet est de réduire le malade au nom standardisé de sa maladie »*.

S'agit-il alors d'un phénomène inconscient et donc, par définition, inatteignable pour les médecins interrogés ? La question mérite d'être posée.

- **Une mesure de protection**

A une époque où le risque médico-légal s'est ancré dans l'esprit de tous les médecins, la protection que peut conférer l'utilisation de protocoles était un avantage exprimé par les informateurs. S'assurant de la conformité de leurs pratiques aux données actuelles

de la science, ils pouvaient légitimement se sentir préservés de reproches, voire de poursuites, éventuels.

Il est intéressant de s'interroger sur la provenance de cette quête de protection. La crainte d'une judiciarisation croissante, « à l'américaine », est un sujet d'actualité et sa répercussion sur les pratiques fait l'objet de nombreuses publications (54), (55), (56). Cependant elle semblerait plus tenir du mythe que de la réalité (57), (58). Alors ne relèverait-elle pas d'un autre phénomène ? Le psychologue Ludovic Gadeau évoque *« une déresponsabilité du sujet au profit d'une responsabilité de l'individu »* conduite par la protocolisation des soins. Il explique que cela pousse le soignant à appliquer strictement les protocoles afin de se dégager de toute responsabilité dans les actes professionnels et alerte sur le danger que cela peut représenter pour lui. En effet, *« cette logique conduit à des écarts de plus en plus importants entre le travail réel et le travail prescrit et donc à une souffrance au travail augmentée. »*

On peut alors se poser la question de la balance bénéfice/risque : la recherche de protection ne serait-elle pas finalement plus délétère que bénéfique pour le médecin ?

- **Un outil pédagogique**

Les informateurs ont souligné l'intérêt pédagogique que pouvait revêtir les protocoles de service.

Tout d'abord, ils permettaient de réaliser une sorte de formation médicale continue, passant par l'obligation d'actualiser régulièrement les protocoles, pour l'ensemble de l'équipe. En effet, un chiffre fréquemment énoncé fait état de l'obsolescence de 50% des connaissances médicales tous les 7 ans. Une étude a porté la demi-vie des recommandations à une médiane de 3,6 ans (59).



Ensuite, le bénéfice était situé sur les internes du service. Certains médecins y voyaient un moyen d'enseignement, jugeant la pratique supérieure à la théorie pour l'apprentissage. D'autres y voyaient une façon de les autonomiser en « sécurité » puisqu'un cadre leur était tout de même donné.

Cependant nous avons pu voir que cette vision de l'enseignement, bien que partagée par les internes, était également source d'angoisse pour eux.

Une nouvelle question émerge alors : sous couvert d'encadrement et d'autonomisation, les protocoles ne désengagent-ils pas au contraire les médecins du rôle de pédagogue qui leur incombe ?

Le mal-être voire la souffrance des internes est un sujet qui a longtemps été tabou mais qui se révèle depuis quelques années. Un tournant s'est opéré avec la parution du livre « Omerta à l'hôpital » en 2013 par le Dr Auslender, qui a alors suscité beaucoup de réactions. Des syndicats nationaux d'internes comme l'ISNI (*InterSyndicale Nationale des Internes*) se sont alors progressivement emparés du problème, réalisant leurs propres enquêtes et tentant d'y apporter des réponses (60), (61).

Reflet d'un système malade, le célèbre « compagnonnage » tend à disparaître. Dans des hôpitaux en sous-effectifs où les instances demandent aux soignants de faire toujours plus avec moins, le temps normalement dédié aux étudiants se réduit, par la force des choses, comme peau de chagrin. Amoindris par leur statut particulier d'étudiant-salarié, les internes souffrent de la situation actuelle qui pousse leur côté salarié mais délaisse leur côté étudiant.

On ne peut donc pas incriminer les médecins qui font également comme ils peuvent, jonglant avec toutes leurs missions, mais il serait naïf de penser que les protocoles puissent se substituer totalement à un enseignement clinique délivré aux internes au lit du malade.

Les protocoles sont donc des outils pertinents, permettant aux médecins de bénéficier d'un grand nombre d'effets positifs au quotidien. Une attention doit cependant être portée à certains bénéfices qui comportent des revers dont il faut jauger la balance bénéfice/risque.

## **B. La perception de limites**

### **a) Une utilisation optionnelle**

Les médecins interrogés s'accordaient à dire que, bien que bénéfique, l'utilisation des protocoles de service restait une option, possédant un libre-arbitre, une liberté individuelle de prescription.

L'écrivain, poète et philosophe Paul Valéry a dit « *tout ce qui est simple est faux et tout ce qui ne l'est pas est inutilisable* ». Cette citation convient particulièrement aux protocoles de services. L'une des caractéristiques pré-requises par les informateurs était la simplicité. Cette simplicité, contrastant avec la complexité de certaines situations, autorise donc par définition une souplesse dans l'utilisation des protocoles.

De plus, la liberté de prescription du médecin est affirmée dans le code de santé publique par l'article R.4127-8, rappelé dans le code de déontologie de l'ordre des médecins (62).

L'affirmation de cette capacité de détachement par les médecins interrogés semble positive, permettant même de contrebalancer l'effet revers des protocoles dans la relation aux patients évoqués un peu plus haut. Cependant on peut se poser la question de la réalité de cette capacité.

Depuis plusieurs décennies, l'EBM s'est imposée comme référence dans la communauté médicale mondiale. Les étudiants y sont sensibilisés dès leur arrivée sur les bancs de la Faculté et on leur enseigne la lecture critique d'articles pour les armer au décryptage de la littérature scientifique. Raisonner actuellement en médecine autrement qu'en terme d'EBM paraît compliqué, comme l'évoquait l'un des informateurs « *Même si parfois il y a certaines critiques qui peuvent être émises, on fonctionne tous dans nos unités médicales actuelles sous forme de ces référentiels-là. Et qu'on s'en écarte quand même pas énormément ... [...] Franchement on est tous référentialisé.* » (M4)

Pourtant, Claude Bernard soulignait en 1865 que « *la statistique ne peut donner qu'une probabilité, jamais une certitude* » (63).

Ce courant de penser semble discrètement émerger à nouveau, revendiquant l'empirisme comme un abord également valable. Des études de type EBM ont même été réalisées pour comparer l'intuition clinique à la procédure (64), (65) et les néerlandais ont créé le concept de « *gut feeling* » pour désigner tous les éléments subjectifs à l'origine du « sens clinique », cette intuition qui opère dans la prise de décision. Pour le Dr Delépine, l'EBM « *n'est qu'un moyen* » (52).

Alors que faire de ces deux courants qui semblent antinomiques ? Aristote semblait déjà détenir un élément de réponse : « *au regard de la pratique, l'expérience ne*

*semble en rien différer de l'art ; et même nous voyons les hommes d'expérience obtenir plus de succès que ceux qui possèdent une notion sans expérience. La cause en est que l'expérience est une connaissance de l'individuel, et l'art de l'universel. [...] Si donc on possède la notion sans l'expérience, et que, connaissant l'universel qui y est contenu, on ignore l'individuel, on commettra souvent des erreurs de traitement car ce qu'il faut guérir c'est l'individu. » (67).*

Il faudrait donc envisager la médecine sous les deux abords, ne pas opposer ces deux visions mais au contraire les rendre complémentaires.

### **b) Des freins identifiés**

Les médecins interrogés décrivaient plusieurs facteurs limitant l'utilisation des protocoles.

Ils évoquaient plusieurs manquements, dont celui de la communication. Pour eux, il existait un réel manque de visibilité sur trois champs importants concernant les protocoles :

- Leur existence ;
- Leur mise à jour ;
- Leur accès.

La mise en avant de ces besoins révèle le caractère chronophage des protocoles. A une époque où le temps médical est compté, on comprend aisément que ces problématiques puissent exister et cela nous amène à devoir réfléchir pour trouver des solutions réalisables dans le contexte médical actuel.

Un autre manque à avoir été constaté par les informateurs concernait la formation à l'utilisation des protocoles et visait plus spécifiquement les internes. Selon les médecins interrogés, la maîtrise d'un protocole passe par l'expérience clinique. Or les internes en sont par essence dépourvus puisqu'ils débutent leur carrière de jeune médecin. Pour compenser cette absence, le besoin de formation apparaissait comme inéluctable.

Ces constats font état de la perfectibilité des protocoles et amènent à une réflexion quant aux pistes d'amélioration possibles. Certaines ont été spontanément évoquées par plusieurs médecins :

- Créer les protocoles avec les spécialistes puis les présenter au moment du petit-déjeuner le matin.
- Proposer aux internes de réaliser une mise à jour des protocoles du service comme travail à effectuer pendant leur semestre.
- Consacrer les deux premières semaines de stage des nouveaux internes à la découverte des différents protocoles ainsi qu'à leur explication.

Enfin d'autres freins, plus anecdotiques car rarement mentionnés, ont été émis.

L'un parlait de la fierté du médecin qui rendait le fait qu'on puisse lui dicter une conduite à tenir inadmissible ; un autre affirmait la prévalence de l'avis spécialisé sur le protocole en toute circonstance.

Un médecin émettait en particulier une réserve quant à de possibles « effets de mode » dans la parution des recommandations, le rendant dubitatif quant à la fiabilité de certaines d'entre elles.

La question de l'influence des auteurs des recommandations est également apparue à un interne en médecine générale de Poitiers qui en a fait l'objet de sa thèse : « *Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques.* »

On peut alors penser que d'autres médecins puissent être concernés par ce même doute et émettre une réserve quant à l'utilisation des protocoles et recommandations dans leurs pratiques.

## CONCLUSION

La médecine, sous l'influence de l'EBM, est devenue procédurale. Des recommandations de bonne pratiques sont apparues, adaptées aux spécificités locales en protocoles de services.

Cette étude montre que les médecins du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Roubaix considèrent ces protocoles comme de véritables outils, dotés de caractéristiques propres dont la présence est pré-requise pour qu'ils leur accordent leur confiance, condition sine qua non de leur utilisation.

Ils admettent en avoir une vision positive par le constat de nombreux bénéfices au quotidien : pour leur pratique, pour le service et même pour l'établissement hospitalier. Cependant certains d'entre eux présentent des revers auxquels il faut apporter une attention particulière pour que la balance bénéfice/risque de l'utilisation des protocoles ne penche pas en leur défaveur.

Les médecins avouent également percevoir des limites à ces outils : l'optionalité de leur application, sous-tendue entre autre par la liberté de prescription que la loi leur confère, et l'identification de freins à une utilisation optimale. Ce constat accorde néanmoins un caractère perfectible aux protocoles et ouvre la voie à des axes d'amélioration.

Cette étude mène également à de nouvelles pistes de recherche :

- Il serait intéressant d'explorer plus profondément les revers des bénéfices évoqués et les aspects négatifs que peuvent recouvrir les protocoles de service par une autre étude qualitative.

- Puis de réaliser une étude quantitative à l'aide, par exemple, d'un questionnaire qui reprendrait les résultats des deux premières recherches pour connaître le ressenti des médecins des autres services sur le territoire national.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Protocole - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/protocole>
2. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours)
3. Les protocoles de soins [Internet]. Formation Santé Droit. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.formationsantedroit.org/article-les-protocoles-de-soins-118379497.html>
4. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543?r=cGb5bLhSQ7](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543?r=cGb5bLhSQ7)
5. Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.hassante.fr/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.hassante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
6. Castel P, Robelet M. Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. Journal de gestion et d'économie médicales. 2009;27(3):98.
7. Azria É. Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. Laennec. 9 juill 2013;Tome 61(3):32-41.
8. Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000727115/>
9. Article 119 - Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social - Légifrance [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.circulaires.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000006696811/1995-02-05](https://www.circulaires.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006696811/1995-02-05)

10. Ameli.fr - Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2000 n°3 [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/revue-medicale-de-l-assurance-maladie-2000-n-3/les-references-medicales-opposables.php>
11. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Gouvernement et action publique. 11 oct 2012;VOL. 1(3):53-75.
12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
13. Caniard (e ), CANIARD (E.). Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2002 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=249168>
14. La Haute Autorité de santé - Principes fondateurs, rôle, missions et organisation - Dossier de presse [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_240543/fr/la-haute-autorite-de-sante-principes-fondateurs-role-missions-et-organisation-dossier-de-presse](https://www.has-sante.fr/jcms/c_240543/fr/la-haute-autorite-de-sante-principes-fondateurs-role-missions-et-organisation-dossier-de-presse)
15. Castel P, Dalgalarondo S. Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. Sciences Sociales et Santé. 2005;23(4):5-40.
16. Castel P. Médecine et normes de pratiques : les dimensions oubliées. Studi organizzativi. janv 2007;9(1):111-32.
17. Erhardt L, Komajda M, Hobbs FDR, Soler-Soler J. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDRESS your Heart survey. European Journal of Heart Failure. 2008;10(10):1020-5.
18. Dahm Philipp, Poolman Rudolf W., Bhandari Mohit, Feserman Susan F., Baum Jan, Kosiak Beth, et al. Perceptions and Competence in Evidence-Based Medicine: A Survey of the American Urological Association Membership. Journal of Urology. 1 févr 2009;181(2):767-77.
19. McKee SP, Leslie SJ, LeMaitre JP, Webb DJ, Denvir MA. Physician Opinions on the Implementation of the Sign Guideline for Heart Failure. Scott Med J. 1 févr 2004;49(1):10-3.
20. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
21. Kitto S, Villanueva EV, Chesters J, Petrovic A, Waxman BP, Smith JA. Surgeons' Attitudes Towards and Usage of Evidence-Based Medicine in Surgical Practice: A Pilot Study. ANZ Journal of Surgery. 2007;77(4):231-6.

22. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et sante*. 2006;Vol. 24(2):75-103.
23. La médecine d'urgence [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>
24. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecine Interne*. 1 sept 2003;24(9):602-12.
25. DREES. Les établissements de santé - édition 2019.
26. Pateron D. Dis-moi comment est ton aval et je te dirai comment marche ton accueil. *Ann Fr Med Urgence*. mai 2016;6(3):157-8.
27. Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet C-E, Berard L, Tuzin N, et al. Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? *La Revue de Médecine Interne*. 1 oct 2020;41(10):684-92.
28. Oberlin M, Andrès E, Behr M, Kepka S, Le Borgne P, Bilbault P. La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *La Revue de Médecine Interne*. 1 oct 2020;41(10):693-9.
29. Pines JM. Emergency Department Crowding in California: A Silent Killer? *Annals of Emergency Medicine*. 1 juin 2013;61(6):612-4.
30. Stang AS, Crotts J, Johnson DW, Hartling L, Guttman A. Crowding measures associated with the quality of emergency department care: a systematic review. *Acad Emerg Med*. juin 2015;22(6):643-56.
31. Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal*. 1 mai 2011;28(5):397-410.
32. Le rapport public annuel 2019 | Cour des comptes [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
33. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6858.html>

34. Les 1ères Assises de l'Urgence Samu-Urgences de France [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Ff3QgcB6sUJ:https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les\\_1eres\\_assises\\_de\\_l\\_Urgence-Samu-Urgences\\_de\\_France\\_Paris\\_13\\_septembre\\_2012.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Ff3QgcB6sUJ:https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_1eres_assises_de_l_Urgence-Samu-Urgences_de_France_Paris_13_septembre_2012.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d)
35. Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Conseil national de l'urgence hospitalière. 2013;1-17.
36. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/organisation-de-l-aval-des-urgences-etat-des-lieux-et-propositions/ref\\_id/12](https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/organisation-de-l-aval-des-urgences-etat-des-lieux-et-propositions/ref_id/12)
37. Riou B. Protocole de coopération infirmier et infirmier de pratiques avancées : quelles pistes pour la médecine d'urgence ? Ann Fr Med Urgence. sept 2019;9(5):281-3.
38. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - Référentiel IOA Infirmière organisatrice de l'accueil [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-ioa-infirmiere-organisatrice-de-l-accueil/ref\\_id/11](https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-ioa-infirmiere-organisatrice-de-l-accueil/ref_id/11)
39. Valentian M, Mewasing BI, Burggraff E, Mintandjian A, Lefranc V, Verbrugghe R, et al. Intérêt d'une demande anticipée de radiographies par l'infirmière organisatrice de l'accueil, dans les traumatismes de cheville. Ann Fr Med Urgence. 1 mai 2017;7(2):77-84.
40. Desmurs H, Bureau Du Colombier P, Fattoum Lamouchi J, Planchet M, Addala A, Dejerome C, et al. Filière ambulatoire de prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse à partir des urgences : évaluation de la première année de fonctionnement au CHU. La Revue de Médecine Interne. 1 juin 2017;38:A53.
41. Grange C, Revue E, Héron A. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. Revue internationale de soins palliatifs. 2012;27(3):85.
42. Aubry C, Delord M, Michelet P, Lagier JC, Parola P. Filière infectieuse : des urgences au MIA. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 juin 2017;47(4, Supplement):S34-5.

43. Gas J, Beauval J, Roumiguie M, Rischmann P, Huyghe E, Soulie M, et al. Mise en place d'une filière rétention aiguë d'urine. *Progrès en Urologie*. 1 nov 2016;26(13):730.
44. Awner L. Etude de l'efficacité de la filière ambulatoire de prise en charge des douleurs biliaires au sein du service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Roubaix [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-15543>
45. Chantrel G. Relais ville-hôpital : le cas des pyélonéphrites aiguës : étude avant-après mise en place d'un protocole aux urgences du Centre Hospitalier de Roubaix [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-6571>
46. Michiels C. Évaluation d'un score diagnostique de prise en charge ambulatoire des fibrillations auriculaires de novo sans avis cardiologique au centre hospitalier de Roubaix [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-13307>
47. Castel P, Merle I. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*. 1 juill 2002;44(3):337-55.
48. Blanchet V. Le protocole. Vers une nouvelle rationalité de la médecine ? [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qIX74zRjFgsJ:www.le-cercle-ethique.fr/resources/MEMOIRES\\_M1/Le.protocole-VB-MP1\\_2008.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qIX74zRjFgsJ:www.le-cercle-ethique.fr/resources/MEMOIRES_M1/Le.protocole-VB-MP1_2008.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr)
49. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. DeBoeck. Louvain-la-Neuve; 2014.
50. HENNEBO N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0 [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
51. OUTIL : Définition de OUTIL [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/outil>
52. Prost C. Des dangers de la protocolisation en médecine [Internet]. Sens et Symboles. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lessymboles.com/des-dangers-de-la-protocolisation-en-medecine/>
53. Azria É. L'humain face à la standardisation du soin médical. *La Vie des idées* [Internet]. 26 juin 2012 [cité 1 mars 2021]; Disponible sur: <https://laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical.html>
54. Hammer R, Cavalli S. Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine. :14.

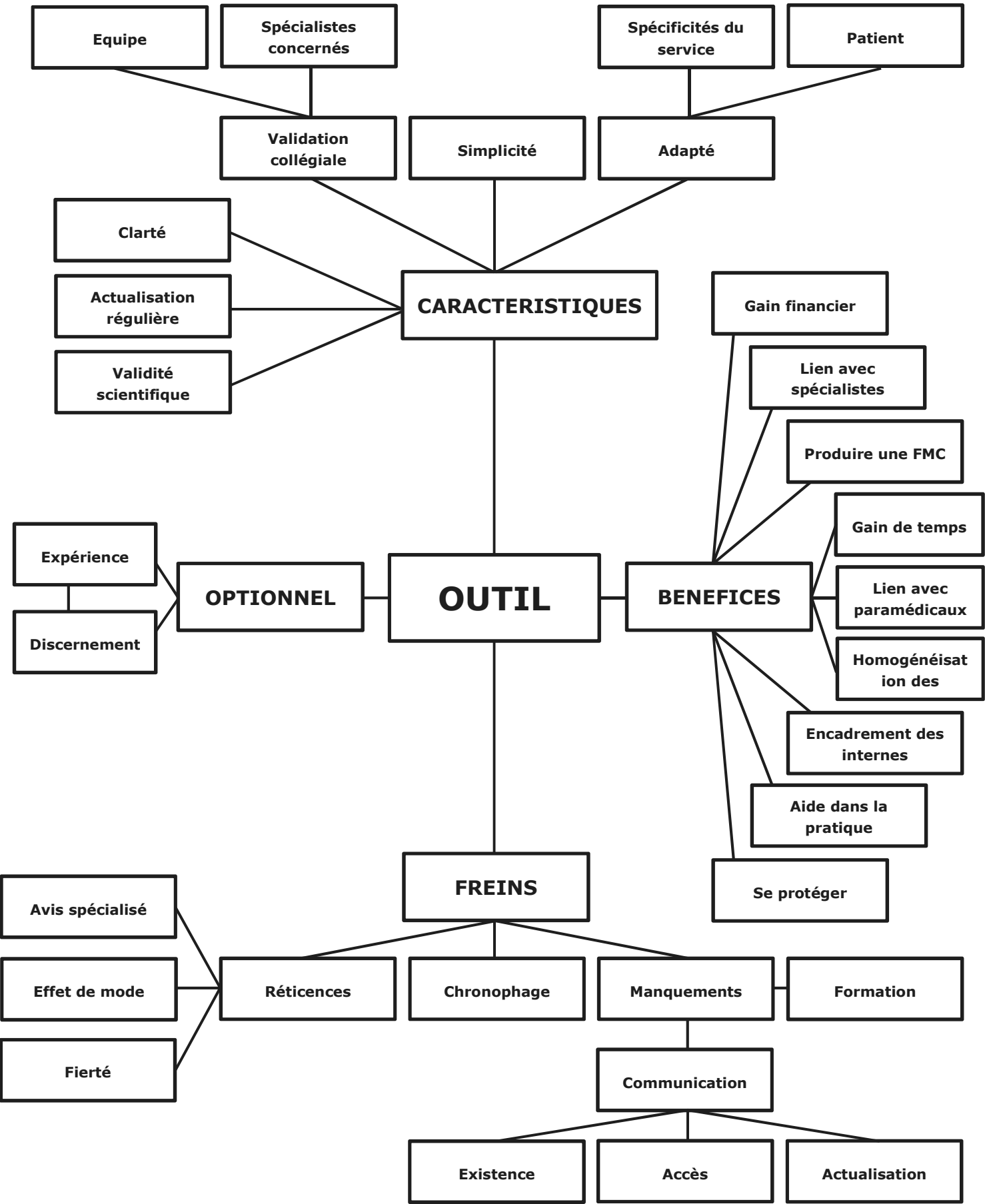
55. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et sante*. 2006;Vol. 24(2):5-33.
56. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. *Les Tribunes de la sante*. 2004;no 5(4):47-56.
57. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? *Les Tribunes de la sante*. 1 avr 2010;n° 26(1):49-59.
58. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Les Tribunes de la sante*. 2004;no 5(4):39-46.
59. García LM, Sanabria AJ, Álvarez EG, Trujillo-Martín MM, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Kotzeva A, et al. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. *CMAJ*. 4 nov 2014;186(16):1211-9.
60. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. ISNI. 2020 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
61. Enquête - Non respect du repos de sécurité: scandale sanitaire! [Internet]. ISNI. 2020 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-non-respect-du-repos-de-securite-scandale-sanitaire/>
62. Article 8 - Liberté de prescription [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-8-liberte-prescription>
63. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [Internet]. 2021 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.livredepoche.com/livre/introduction-letude-de-la-medecine-experimentale-9782253082606>
64. Markus PM, Martell J, Leister I, Horstmann O, Brinker J, Becker H. Predicting postoperative morbidity by clinical assessment. *British Journal of Surgery*. 1 janv 2005;92(1):101-6.
65. Gerdhem P, Ringsberg K, Åkesson K, Obrant KJ. Just One Look, and Fractures and Death Can Be Predicted in Elderly Ambulatory Women. *GER*. 2004;50(5):309-14.
66. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study | The BMJ [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6144.full.pdf+html>
67. Métaphysique de Aristote - Editions Flammarion [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://editions.flammarion.com/metaphysique/9782080705631>

68. DELARUE L-A. Les « Recommandations pour la pratique clinique » élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle? (à propos de trois classes thérapeutiques). 2011. [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_delarue.html](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_delarue.html)





ANNEXE.1 Schematisation finale



**AUTEUR :** CHADAL Aurore

**Date de soutenance :** 22 avril 2021

**Titre de la thèse :** Les protocoles de service : un outil pertinent qui a ses limites ? Analyse du ressenti des médecins du service des urgences de Roubaix.

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** Médecine

**DES + spécialité :** Médecine Générale

**Mots-clés :** thèse qualitative, protocoles, protocoles de service, médecins, urgences

**Résumé :**

**Contexte :** Les protocoles se sont invités dans nos vies privées comme dans nos vies professionnelles et la médecine ne fait pas exception. Sous l'influence de l'*Evidence Based-Medicine* (EBM), les recommandations de bonne pratique ont progressivement apparu, adaptées localement en protocoles de service. Ceux-ci sont un moyen d'action des services d'accueil des urgences (SAU) contre le phénomène de saturation auquel ils sont régulièrement soumis. Ces protocoles sont souvent étudiés pour leur valeur intrinsèque mais rarement pour leur valeur extrinsèque. Cette étude analyse le ressenti des médecins du SAU de Roubaix quant aux protocoles existant dans leur service.

**Méthode :** une étude qualitative par théorisation ancrée a été réalisée auprès de médecins exerçant au sein du SAU de Roubaix. Onze entretiens semi-dirigés et un focus group ont été menés entre Mai 2020 et Janvier 2021, permettant d'arriver à saturation des données. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits en intégralité et anonymement. Une analyse expérientielle de chaque verbatim a ensuite été réalisée, bénéficiant d'une triangulation.

**Résultats :** Les médecins interrogés identifiaient des caractéristiques nécessaires aux protocoles pour leur accorder leur confiance et pouvoir les appliquer : validité scientifique, simplicité, clarté, validation collégiale, adaptation et actualisation régulière. Ils trouvaient de nombreux bénéfices à leur utilisation à la fois pour leur pratique, pour le service et pour l'établissement hospitalier. Cependant il existait un effet revers pour certains d'entre eux qui nécessitait qu'on y accorde une attention particulière. Ils percevaient également des limites aux protocoles : l'optionalité de leur application et l'identification de plusieurs freins à une utilisation optimale, donnant lieu à une réflexion sur les pistes d'amélioration possibles.

**Conclusion :** Les médecins appréhendent positivement les protocoles de services, les considérant comme de vrais outils de travail. Ils s'avèrent cependant perfectibles et les implications de leur utilisation, se révélant finalement complexes, nécessiteraient d'être explorées par des études complémentaires.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Eric WIEL

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD  
Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Alexis WATRELOS