



HAL
open science

Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients

Élise Moussel, Amandine Morel

► To cite this version:

Élise Moussel, Amandine Morel. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01618522

HAL Id: dumas-01618522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01618522v1>

Submitted on 18 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

Année : 2017

Thèse N°

**Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation :
analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients.**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

par Élise MOUSSEL [Données à caractère personnel]

et Amandine MOREL [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE*

Le : 13/10/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres : Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Madame le Docteur Anne-Claire ZIPPER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sophia CHATELARD

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Héliène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

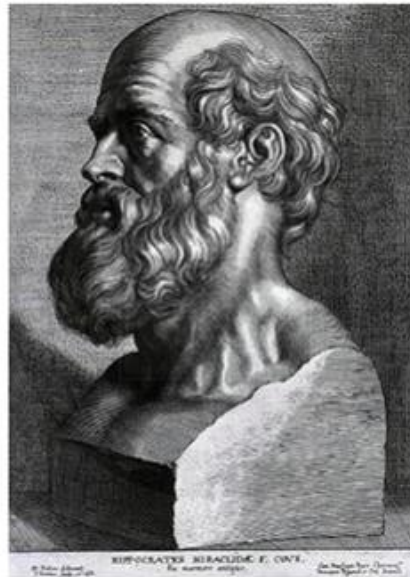
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, de nous faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

À Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Recevez notre profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, d'avoir accepté de juger ce travail. Merci de nous avoir guidées dans nos démarches auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Veuillez trouver ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Anne-Claire ZIPPER, d'avoir accepté d'apporter votre expertise à la soutenance de cette thèse. Merci de nous avoir initiées à la recherche qualitative lors des séminaires et de nous avoir donné l'envie d'aller plus loin.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Sophia CHATELARD, d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Merci pour ton soutien et tes encouragements tout au long de cette thèse.

À nos relecteurs, pour leur patience.

Aux informateurs-relais, qui ont cru en notre travail et ont été les garants de notre sérieux auprès des participants.

À tous les patients, qui ont accepté de participer à cette étude, se sont impliqués et se sont livrés avec confiance.

Remerciements d'Élise

À **Amandine**, pour le dynamisme et la patience dont tu as sans cesse fait preuve dans ce duo.

À **Thibault**, mon cœur, pour la joie et l'amour que nous savourons au jour le jour.

À **ma p'tite Mam'**, pour tes messages d'amour délicats et indispensables.

À **Papa**, pour la sobriété mais l'importance de tes encouragements.

À **mon frère et ma belle-sœur**, pour les belles émotions passées et à venir.

À **mon parrain, Nathalie et Thibaud**, pour notre tendre attachement.

À **toute ma famille**, pour votre soutien chaleureux.

À **Odile, Thierry et leur famille**, pour vos nombreux témoignages d'affection.

À **Myrlouse**, pour avoir subtilement joué l'entremetteuse dans cette thèse.

À **Ellie**, pour nos fantastiques causeries et voyages.

À **Elise la Rouennaise**, pour les rires et la douceur de vivre partagés.

À **Benjamin, à la dream-team normand-bretonne**, pour nos vacances vivifiantes.

À **Alix et Cie, Laëtitia et son Morizot (et Marvel !), Pauline et tous mes amis alpins**, qui avez joyeusement accompagné les débuts de Mouss' à la montagne.

À **tous mes amis proches ou éloignés**.

À **tous les médecins qui ont suivi mes débuts d'interne et de remplaçante**, pour tous les exemples montrés dans l'accomplissement de votre exercice médical.

Remerciements d'Amandine

À **Élise**, merci de t'être engagée dans cette aventure à mes côtés. Merci de ta patience. À toutes nos heures passées dans l'incertitude...

À **mes parents**, merci pour votre présence, votre soutien et votre patience tout au long de ces années.

À **Émilie**, qui aurait aimé être là, merci d'avoir toujours cru en moi.

À **ma chère famille. À mes nièces** adorées.

À **mes maîtres de stage**, qui m'ont fait partager leur savoir et leur amour de la médecine.

À **ma Ju**, merci pour ta précieuse aide, tes remarques toujours pertinentes et surtout, merci pour ton amitié sans faille.

À **Pauline**, à notre belle amitié.

À **Catherine et Sylvain**, à notre trio ! Merci pour votre soutien.

À **Héloïse et Louise**, mes amies d'enfance...

À **Marie**, merci pour ton amitié et ta bienveillance qui n'a pas d'égal.

À **Karen et Deborah**, qui ont dû me supporter pendant la préparation de ce travail, merci pour tous les bons moments partagés.

À **l'indéfectible famille Thonon et ses apparentés**: Christine, Lucile, Jenny, Adri, Blandine, Nico, Line, Laurens, Damien, Amélie, Sam et Héloïse. À Claire, mon joker dans l'incertitude et ma future collègue je l'espère.

À **tous mes amis et colocs**, merci pour tous les bons moments partagés, passés... et à venir !

À **Pierrick**, merci pour tout et plus encore... À notre nouvelle vie qui commence.

Résumé

Contexte : L'incertitude du médecin a largement été étudiée du point de vue des professionnels, rarement de la perspective des patients. Objectif : Explorer les vécus de patients ayant perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de patients d'Isère, Savoie et Haute-Savoie, volontaires et intéressés. Six entretiens individuels semi-dirigés, réalisés de novembre 2016 à juillet 2017, ont fait l'objet d'une analyse interprétative phénoménologique par 2 enquêtrices.

Résultats : Deux femmes et 4 hommes, de 30 à 78 ans, ont été interrogés. Quatre thèmes super-ordonnés sont ressortis: « La confrontation immédiate entre réalité et repères: entre rupture et continuité » ; « le besoin de faire face à la déception d'un médecin faillible » ; « le besoin d'être sécurisé : une vigilance axée sur le médecin » ; « l'appropriation d'un rôle dans la relation: vers une autonomie ». Des patients, dans une relation récente et naïfs de cette expérience avec leur médecin, ont pu instinctivement être déçus d'un médecin faillible et refuser un avenir obscur. Ils se sont interrogés sur la crédibilité de leur médecin et ont ajusté leurs attentes à son égard. Devenus vulnérables, ils ont scruté leur médecin à la recherche de signes de sa protection. L'acceptation a été facilitée pour ceux, installés dans une relation de confiance établie. Finalement, tous se sont appropriés un rôle dans la relation avec leur médecin incertain.

Conclusion : Le vécu du patient a suivi une dynamique pouvant l'amener d'un rejet instinctif à une certaine satisfaction, d'une vulnérabilité à une certaine autonomie. Au-delà de certitudes, ils ont surtout attendu de leur médecin une protection bienveillante.

Mots-clés : Incertitude, Patients, Médecine générale, Analyse interprétative phénoménologique

Abstract

To perceive one's general practitioner's uncertainty in consultation: interpretative phenomenological analysis of patients' lived experiences.

Context: The general practitioner's uncertainty has often been studied from the professional's perspective, seldom from patients'.

Objective: To explore the experiences of patients who had perceived their general practitioner's uncertainty in ambulatory consultation.

Methods: A qualitative study was built with patients from Isère, Savoie and Haute-Savoie, interested in the subject and with willingness to participate. Following 6 semi-structured individual interviews that were held, from November 2016 to July 2017, an interpretative phenomenological analysis was undertaken by 2 interviewers.

Results: Two women and 4 men, aged 30 to 78, were interviewed. Four super-ordinate themes were identified: "instant comparison between facts and one's bearings: either a break or continuity", "the need to cope with disappointment in one's fallible physician", "the need for the physician to make one feel safe: focus on the physician" "taking of a role: towards autonomy". Patients in a recent relationship and naive from this kind of experiences with their physician, instinctively refused this fallible physician. They wondered about their physician's credibility, and adjusted their expectations of him. Getting vulnerable, they searched their physician, for signs of his protection. Patients whose trust had been built had an easier acceptance. Finally, all of them took a role in the relationship with their uncertain physician.

Conclusion: The patient's experience has been through a dynamic, that led him from an instinctive rejection to some satisfaction, from vulnerability towards autonomy.

Beyond certainties, patients especially expected their physician to give his benevolent protection.

Keywords: Uncertainty, Patients, General practice, Interpretative Phenomenological Analysis.

Sommaire

Serment d'Hippocrate	6
Remerciements	7
Remerciements d'Élise	8
Remerciements d'Amandine	9
Résumé	10
Abstract	11
Liste des abréviations	14
Introduction	15
Matériel et méthode	17
Résultats	23
Discussion	36
Conclusion	44
Bibliographie	48
Annexes	50
Annexe 1 : COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies	50
Annexe 2 : Fiche d'information aux patients	52
Annexe 3 : Guide d'entretien initial	53
Annexe 4 : Guide d'entretien final	55
Annexe 5 : Lettre d'information et formulaire de consentement	56
Annexe 6 : Consigne standardisée	58
Annexe 7 : Tables des thèmes	59
Annexe 8 : Table finale des thèmes	95

Liste des abréviations

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

Introduction

L'incertitude est inhérente à la pratique médicale. Dès 1957, Fox a défini trois niveaux d'incertitude : un premier qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un deuxième qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » et un dernier expliqué par la difficulté pour le praticien de faire la distinction entre ses propres limites et celles de la science (1). Depuis, plusieurs types d'incertitudes ont été identifiés : notamment diagnostique, thérapeutique, pronostique, relationnelle (2) et dans la variabilité des réactions des patients (3). Plus globalement, l'incertitude renvoie à l'état dans lequel le médecin se trouve lorsqu'il n'est pas certain, ce que Han et *al.* ont défini comme « le fait de savoir qu'il ne sait pas » (4).

Constituant un premier recours et prenant en compte tous les problèmes de santé, le médecin généraliste en ambulatoire doit quotidiennement faire face à « l'inévitable incertitude ». Lors des consultations, il se trouve devant de multiples sources d'incertitude, dont certaines sont propres à sa pratique : problèmes de santé au stade précoce, complexité des situations, coordination des soins mais aussi l'incertitude sur ce qui peut se passer en aval de la consultation : « le patient reviendra-t-il ? Dans quels termes contribuera-t-il à sa réputation [...] ? » (5).

Les médecins sont tenus d'apporter aux patients une information claire, loyale et appropriée. Ce principe a été renforcé par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'objectif a été de favoriser l'autonomie des patients, et de ce fait, leur capacité d'autodétermination et leur participation à la décision médicale. Pourtant, les médecins peuvent être réticents à divulguer leur incertitude aux patients et avoir alors tendance à ne pas l'exprimer (6)

(7). Les raisons invoquées pour expliquer cette réticence étaient notamment la peur de perdre la confiance du patient ou de dégrader la relation médecin-patient (8).

L'impact de l'expression de l'incertitude sur le patient a été étudié dans le cadre du cancer du sein. Lors de la suspicion diagnostique, cette expression a pu être source d'anxiété. Les patientes ont alors déploré un manque de sensibilité du généraliste (9). Quand elles ont eu à décider d'une option thérapeutique, elles ont alors ressenti une insatisfaction (10). En médecine générale, une étude d'Ogden et *al.* s'est basée sur des questionnaires pour évaluer l'impact de l'expression verbale de l'incertitude sur la confiance des patients. Cette dernière représentait, selon le médecin, un réel préjudice. Mais au vu des réponses des patients, ils en ont sous-estimé l'intensité. Certaines expressions comportementales ont, elles, semblé bénéfiques (aide d'un livre, d'un ordinateur, etc.) (11). Dans une étude de Gordon et *al.*, l'expression verbale de l'incertitude a été associée à une plus grande satisfaction globale des patients vis-à-vis de la consultation ; mais pas indépendamment des autres comportements : le partage d'information, le discours positif, et la construction d'une alliance (7).

Ces résultats disparates ont souligné l'influence du contexte de consultation, de la relation médecin-patient et de la manière d'exprimer l'incertitude, sur le vécu du patient. Il a alors paru nécessaire de focaliser la recherche sur le patient, afin de connaître sa « perception subjective de l'ignorance » (4) de son médecin et d'en saisir son vécu à travers le récit qu'il en fait. L'objectif de cette étude était d'explorer les vécus de patients ayant perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation.

Matériel et méthode

Type d'étude

Une étude qualitative exploratoire a été menée auprès de patients d'Isère, Savoie et Haute-Savoie. Basée sur l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) (12) d'entretiens semi-dirigés, elle a été construite afin de satisfaire les critères de qualité COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies (COREQ) (Annexe 1) (13) et les critères de qualité de l'IPA (12) (14).

Chercheuses

Cette étude a été réalisée en binôme par deux doctorantes en médecine générale, à la faculté de Grenoble, ayant une activité de médecin généraliste remplaçante, novices dans l'investigation d'études qualitatives.

Population et échantillonnage

Ont été inclus des patients déclarant avoir perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation, volontaires et motivés pour réfléchir et s'exprimer oralement sur leurs vécus. Il a été admis que le partage de cette expérience créait une certaine homogénéité, recherchée en IPA. Les critères de non-inclusion ont été les suivants : être mineur ou sous protection légale, être connu des investigateurs ou avoir un rapport de hiérarchie avec l'informateur-relais. Selon un échantillonnage intentionnel, les participants ont été recrutés via une fiche d'information (Annexe 2) distribuée par des informateurs-relais. Ces derniers, faisaient partie du réseau des chercheuses et étaient intéressés par le sujet. Ils ont proposé, dans leur propre cercle de connaissances, une participation à l'étude, en attestant de son sérieux. Les

enquêteuses ont contacté par téléphone les personnes intéressées afin de vérifier les critères d'inclusion et programmer l'entretien. Conformément aux lignes directrices de l'IPA (15) et dans un souci de faisabilité, l'objectif de six entretiens a été fixé.

Entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 3) rédigé par le binôme. Il a été élaboré dans le but d'explorer les expériences des participants à travers leurs récits détaillés, en les encourageant à s'interroger sur le sens de leurs vécus. Composé de questions majoritairement ouvertes, axées sur leurs ressentis et opinions personnelles, ce guide a été modifié tout au long de l'étude pour aborder ou approfondir certains thèmes jusqu'à un guide final (Annexe 4). Deux entretiens tests ont été réalisés auprès de proches des enquêteuses.

Recueil des données

Les entretiens, enregistrés intégralement par dictaphone OLYMPUS®, se sont tenus de novembre 2016 à juillet 2017, en lieux et dates choisis par les enquêtés. Un seul entretien a été réalisé pour chacun. Après lecture de la lettre d'information, chaque enquêté a signé un consentement de participation (Annexe 5). Le cadre de l'entretien a été rappelé par une consigne standardisée (Annexe 6). Les patients ont été incités à raconter leurs expériences avec leurs propres mots. Le guide d'entretien, utilisé comme trame souple, a laissé un rôle central au patient. Chaque enquêté a reçu par courrier ou courriel la retranscription de son entretien et les résultats principaux de l'étude pour un retour sur leur crédibilité.

Posture

La subjectivité est assumée en IPA. Sans chercher à effacer l'influence des présupposés et attentes des chercheuses sur l'analyse, mais dans le but de les comprendre, un travail de clarification des positionnements a été mené au préalable (12). Médecins généralistes remplaçantes depuis quelques années, cet état d'incertitude était bien connu des 2 chercheuses. Géraldine Bloy a proposé une cartographie des positionnements des généralistes dans leur manière de s'accommoder de l'incertitude : incertitude balisée, contenue, prégnante ou explorée, selon un axe de vigilance scientifique aux recommandations et un axe de considération apportée à la plainte profane (Figure 1) (5).

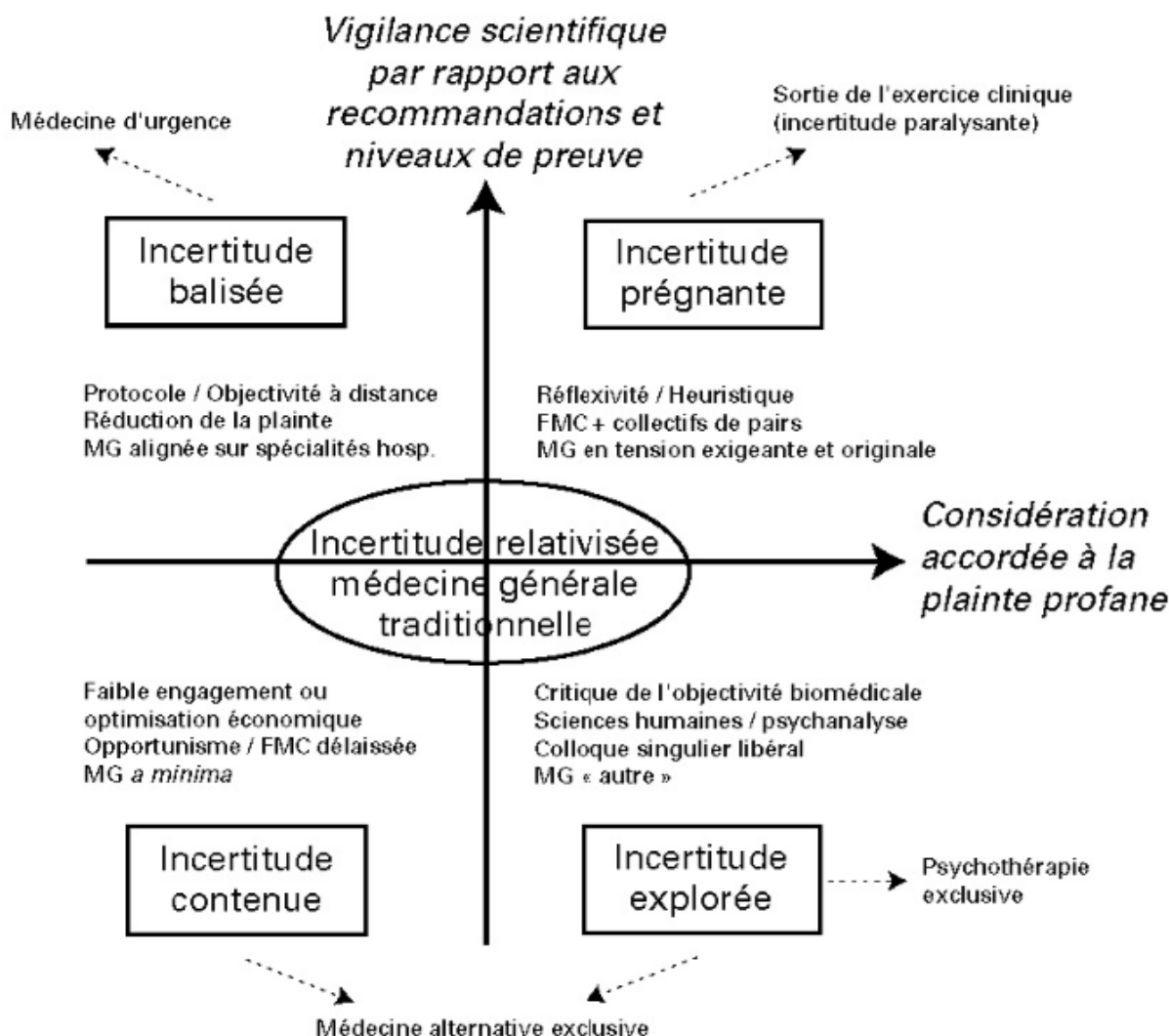


Figure 1 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale.

En ces premières années d'exercice, le positionnement des chercheuses tendait vers l'incertitude prégnante, où « le régime d'incertitude est maximal parce que ces praticiens entendent pousser assez loin la prise en charge de leurs patients [...] et, d'autre part, parce qu'ils s'efforcent d'accueillir et considérer sans réduction *a priori* l'expression de la plainte des patients, toutes dimensions confondues » (5). Le choix du sujet a indéniablement été influencé par le vécu parfois difficile de leur propre incertitude, porté notamment par la crainte d'un vécu négatif des patients percevant leur incertitude.

Analyse

Les entretiens, rendus anonymes, ont été retranscrits *ad integrum* sous Word 2007® et 2011®, ainsi que certains éléments non-verbaux jugés intéressants. Un *verbatim* commun a été validé. Une analyse, suivant les directives d'IPA (12) (15), a été réalisée par les 2 chercheuses respectant ainsi le principe de la triangulation des chercheurs. Elles se sont engagées à explorer les expériences de la perspective des patients (phénoménologie), à donner du sens aux interprétations des enquêtés (double herméneutique), et enfin à faire l'étude approfondie de cas singuliers pour tendre vers l'universel (idiographique) (16). Après de multiples lectures, les chercheuses ont reporté, sous forme d'annotations en marge de gauche de la retranscription : les processus sous-jacents, les non-dits, les points saillants et les contradictions dans le discours des enquêtés, ainsi que leurs ressentis (16). Avec un niveau supérieur d'abstraction, ces notes ont ensuite été traduites en thèmes émergents et reportées dans l'autre marge (Tableau 1). Ils ont été regroupés, interprétés et remaniés sous la forme d'une table avec des thèmes et sous-thèmes supportés par des extraits (Annexe 7).

Annotations	Retranscription	Thèmes émergents
<p>Je sais exactement ce qu'un médecin normal est censé dire ! J'avais besoin qu'elle m'interroge, qu'on communique.</p> <p>J'ai compris son fonctionnement, je me suis adapté par obligation ; c'était à elle de s'adapter. J'ai inversé les rôles. Je devenais le prescripteur en lui suggérant les choses à faire.</p> <p>J'ai été plus maligne qu'elle.</p>	<p><i>Monique : Quand j'ai compris comment elle fonctionnait, je disais « Madame, pensez pas que je peux prendre ça ou ça à la place ? Ça me réussit vraiment pas ce que vous m'avez donné là, j'ai exactement les mêmes symptômes, ça fait un mois que je le prends et... ». « Ah bah, on va essayer, oui, on va essayer... »</i></p> <p><i>Elle changeait. Elle me disait pas « Vous avez perçu quoi ? Vous étiez plus endormie ? Vous étiez... moins douloureuse, plus douloureuse ? Et puis à quel moment de la journée ? La nuit ? ». Elle me demandait pas !</i></p>	<p>Une indispensable adaptation à l'incertitude du médecin.</p> <p>Une obligation de prendre le contrôle.</p> <p>Un désintérêt du médecin.</p> <p>Une inversion des rôles médecin-patient.</p>

Tableau 1 : Extrait de l'analyse de l'entretien de Monique.

Ce processus a été répété pour chaque entretien. La confrontation des tables entre elles a fait émerger des thèmes récurrents. Une révision des *verbatim* a permis de les appuyer ou de les nuancer. Un travail de structuration et d'interprétation a été mené pour faire apparaître les divergences et convergences au sein des données. Il a abouti au développement d'une table de thèmes super-ordonnés et de sous-thèmes étayés d'extraits (Annexe 8). Cette table finale a été transformée en une narration : des extraits éloquents ont été associés à un commentaire interprétatif. L'analyse a été cyclique, bornée par l'effectif des participants, avec des allers-retours : une figure a été réalisée pour l'illustrer (Figure 2). Les entretiens tests n'ont pas été analysés. L'évolution des réflexions des chercheuses a fait l'objet d'un journal de bord.

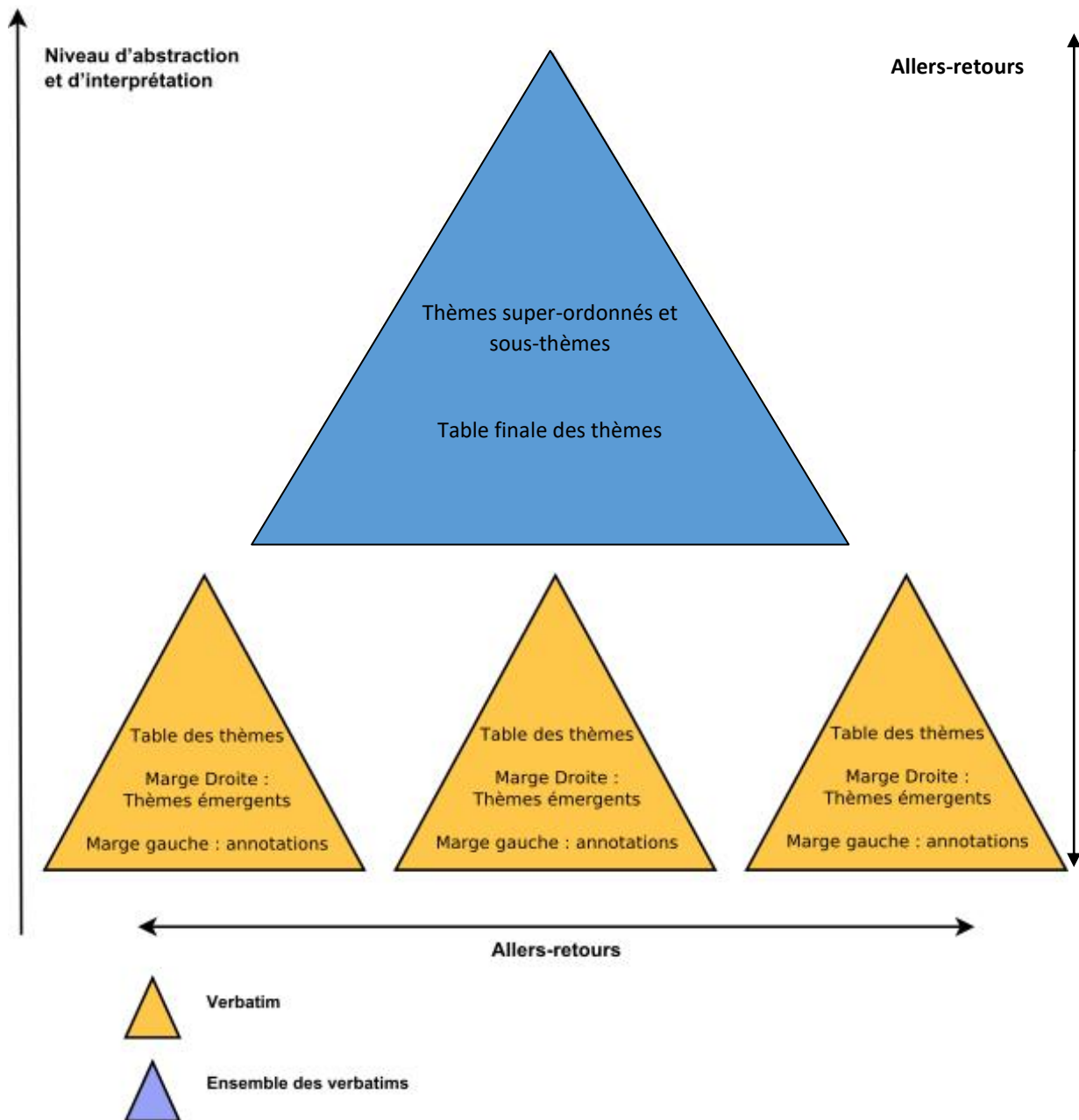


Figure 2 : Méthode d'analyse IPA.

Cadre légal

Une demande d'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été envoyée le 09/01/2017.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Trente-six personnes ont été contactées par 19 informateurs relais. 24 n'ont pas été inclus du fait de leur absence d'expérience d'avoir perçu l'incertitude de leur médecin généraliste. Quatre ont refusé par peur de l'entretien individuel, 2 n'ont pas répondu aux appels. Finalement 6 ont été contactées (5 par téléphone et 1 *de visu*) et ont confirmé leur volonté de participer. Six entretiens, de 29 à 70 minutes, en moyenne 46 minutes, ont été réalisés entre novembre 2016 et juillet 2017. Il s'agissait de 2 femmes et 4 hommes, de 30 à 78 ans, issus de catégories socio-professionnelles plus ou moins identiques (Tableau 2). Tous avaient fait des études supérieures, dont trois dans la santé. Trois d'entre eux exerçaient une activité d'enseignement. Ils ont été mentionnés par des pseudonymes.

Entretien	Enquêteur	Pseudonyme	Sexe	Âge (ans)	Profession	Durée	Lieu	Contraintes	Antériorité/ durée totale relation médecin-patient
E1	Élise	Monique	F	78	Religieuse Infirmière à la retraite	54'	Son domicile, salle de réunion de l'EHPAD, 45°	/	0 / 3 ans
E2	Amandine	Nicolas	H	32	Kinésithérapeute hospitalier	29'	Son bureau sur son lieu de travail, 45°	Une interruption de quelques secondes par la réception d'un appel par l'enquêté	Env.12 et 22 / Env.22 ans
E3	Amandine	Daniel	H	69	Urbaniste à la retraite	30'	Son salon, face à face	/	Env.3 / 3 ans
E4	Élise	Philippe	H	57	Professeur en lycée technique	70'	Son salon, face à face	/	9 mois / 10 ans
E5	Élise	Nicole	F	72	Infirmière à la retraite	44'	Son salon, 45°	/	30 ans / 30 ans
E6	Amandine	Jérémy	H	30	Professeur de chimie	49'	Son balcon, face à face	Une interruption par une sonnerie de téléphone	0 / 4 ans

Tableau 2 : Caractéristiques de la population et conditions d'entretiens.

Quatre thèmes super-ordonnés et 11 sous-thèmes sont ressortis :

- La confrontation immédiate entre réalité et repères: entre rupture et continuité
 - Un refus instinctif d'un devenir obscur et d'un médecin faillible
 - Une acceptation presque naturelle dans l'expérience de la relation
- Le besoin de faire face à la déception d'un médecin faillible
 - La remise en question de la crédibilité du médecin : de l'indulgence à la sanction
 - Entre ajustement des attentes et effort de tolérance

- Le besoin d'être sécurisé : une vigilance axée sur le médecin
 - La recherche d'une réactivité
 - La recherche d'une démarche rigoureuse avec une prise en compte du risque d'erreur
 - La recherche d'une honnêteté mesurée
 - La recherche d'une attention singulière
- L'appropriation d'un rôle dans la relation: vers une autonomie
 - Patient et médecin coéquipiers
 - Un patient modèle au service du médecin scientifique
 - Un patient responsable voire autonome

Suite à l'envoi de leur retranscription et des résultats principaux, aucun retour des participants n'a été reçu.

La confrontation immédiate entre réalité et repères: entre rupture et continuité

- Un refus instinctif d'un devenir obscur et d'un médecin faillible

Pour quatre patients, dans une relation récente avec leur médecin lors de la situation décrite, percevoir l'incertitude de ce dernier leur a été brutalement imposé. Il s'agissait d'une expérience rare, voire unique. Leur vécu immédiat a résulté du bouleversement de leurs repères vis-à-vis de leur médecin, de leur santé et de leur avenir.

Pour Jérémie, Daniel et Philippe, cette situation a ébranlé la représentation de leur santé, où ils se considéraient comme sains. Cette déconvenue a fait émerger leurs propres incertitudes et les a précipités à leur insu dans un pessimisme. Cette bascule du côté de la maladie a été à l'origine d'une panique chez Jérémie et même

d'un effondrement chez Philippe. Un sentiment de vulnérabilité intolérable a fait surface. De ce fait, ils n'ont pas supporté le désarroi de leur médecin incertain ; ils craignaient de stagner dans cet inconfort.

Jérémy : En temps réel, c'était peut être pas long, mais si c'était ne serait-ce qu'une minute, où une minute tu vois ton médecin regarder attentivement ton électrocardiogramme, tu te dis, là c'est long, faut quand même qu'y commence à dire quelque chose, quoi. (E6-L390)

Le rôle du médecin généraliste, tel que préconçu par Monique et Philippe, était qu'il leur apporte avec autorité, une réponse fiable, grâce à son savoir. Comparant instinctivement ce médecin incertain avec leur image du médecin « normal », percevoir l'incertitude a été à l'origine d'une déception. Un défaut évident de savoir venait compromettre l'aptitude du médecin à leur fournir une solution rapide. Ils ont jugé cette nouvelle réalité aberrante. Stupéfaits, voire révoltés, ils ont remis en question ses compétences.

Monique : Mais, enfin, elle est médecin, elle doit bien quand-même savoir ! (E1-L244)

Outre le manque de savoir, c'est un défaut d'autorité qui les a déçus. Pour Monique, la crédibilité de son médecin s'est effondrée.

Monique : [...] Un médecin doit... s'il a vraiment... je choque la profession, c'est sûr ! Pas s'imposer, mais être catégorique. « Pour votre cas, il faut ça, pour votre cas, c'est ça, pour votre cas, tel examen, ou pas ça ». Et là, c'était comme je voulais ! (Interloquée). (E1-L73)

Dans sa conception du médecin déshumanisé et de l'universalité de l'incertitude, Daniel n'a pas éprouvé de déception vis-à-vis de son médecin « technicien ».

Daniel : Non, ça va rien modifier (parlant de la relation) parce que c'est pas un mec : « Je lui tape dans le dos et salut mec » ! [...] C'est pas un ami, c'est un médecin, un technicien. (E3-L175)

➤ Une acceptation presque naturelle dans l'expérience de la relation

Dans une relation ancienne avec leur médecin, Nicole et Nicolas ont eu une réaction immédiate, non plus instinctive, mais rattachée à leurs expériences. Nicolas a été moins affecté. Il a minimisé sa déception vis-à-vis de son médecin.

Nicolas : Un peu embêté au début, puisqu'on va le voir pour avoir une réponse et puis... [...] Et c'est vrai, c'est un mot dans la bouche d'un médecin traitant, « est ce qu'on essaie ça ? », ça fait... c'est un peu étrange, on s'attend à avoir une stratégie, une démarche : « on va faire ça, comme ça, comme ça ». (E2-L61)

Installée dans une relation de confiance avec son médecin, Nicole a décrit, contrairement aux autres, une certaine routine dans le fait de percevoir cette incertitude. Elle a été presque indifférente à la situation. Son exigence d'un médecin « sachant » était de longue date déportée sur le « spécialiste ». Placée dans ce référentiel, l'incertitude de son généraliste n'a pas été source de déception. Elle est restée sereine ; son avenir proche n'étant pas mis en jeu.

Nicole : [...] Quand il voit qu'il y a un petit truc, il me dit, « Bon. On va peut-être prendre rendez-vous avec le cardio ». Mais enfin, pas spécialement affolé, ni rien du tout, hein. Il préfère quand même euh... (E5-L317)

Le besoin de faire face à la déception d'un médecin faillible

- La remise en question de la crédibilité du médecin :
de l'indulgence à la sanction

En réponse à la déception instinctive vis-à-vis du médecin incertain et de par leur curiosité scientifique, ils ont pris du recul pour tenter de comprendre son incertitude. Grâce à un savoir profane, fondé notamment sur leurs propres expériences professionnelles ou personnelles d'incertitude, ils ont cherché des réponses à leurs interrogations : « Ma situation justifie-elle l'incertitude du médecin ? », « Le médecin est-il coupable d'être incertain ? » et finalement « Puis-je avoir confiance en mon médecin ? ». Ils ont redéfini ce qu'étaient pour eux les limites normales du savoir de leur généraliste : un médecin pour partie dépendant du savoir du « spécialiste », un médecin ayant le droit d'être incertain face à la complexité, la diversité ou la rareté des cas, mais aussi par la méconnaissance d'un nouveau patient. Ces limites dépassées, l'incertitude devenait alors compréhensible et donc plus tolérable. De là, est née une certaine indulgence pour le médecin incertain.

Nicolas : [...] C'était clairement pas dans son domaine d'expertise, donc c'était quelque chose de compréhensible. (E2-L130)

Monique n'a pas réussi à justifier l'incertitude de son médecin. En colère, elle l'a jugé incompétent.

Monique : J'avais l'impression d'être un cas exceptionnel dans la maison. J'ai dit mais (incompréhensible), moi j'ai vu dans les hôpitaux, il y a quand-même pas que moi, il y en a d'autres qui étaient traités en anti-douleur. [...] C'est quand-même pas une maladie si rare que le typhus (incompréhensible) !?! Ça fait partie des maladies générales ? Médecine générale, non ? (E1-L340)

➤ Entre ajustement des attentes et effort de tolérance

C'est à l'issue de leurs réflexions qu'ils ont ajusté leurs attentes vis-à-vis de leur généraliste et réévalué leur capacité à tolérer ce médecin faillible. Philippe a été fier d'avoir su résister à l'envie de quitter son médecin.

Philippe : Si le généraliste doute, on peut - moi je peux pas lui en tenir rigueur. Parce que j'ai peut-être un côté humain - bon, que n'auront peut-être pas d'autres patients [...] ils vont voir un autre médecin. Hein, bon. Moi, je suis pas allé voir un autre médecin. Voilà. (E4-L400)

Le besoin d'être sécurisé : une vigilance axée sur le médecin

Pour faire face à leur pessimisme, Philippe et Daniel ont puisé dans leurs propres ressources : la dérision, la méditation, le raisonnement ou encore la recherche par Internet. Mais avant tout, ils ont tous investi leur médecin d'une mission obligatoire : les sécuriser. Devenus vulnérables, ils ont cherché chez leur médecin des signes de son indispensable protection bienveillante.

➤ La recherche d'une réactivité

Parce que les patients avaient besoin d'être éloignés au plus vite du danger, leur vigilance a été accrue dans l'attente d'une réactivité du professionnel de santé.

Jérémy : [...] Qu'il t'indique la suite. Je veux dire, le « je sais pas », c'est pas une fin en soi, quoi. (E6-L435)

Percevoir l'incertitude devait appeler, plus ou moins immédiatement, à une prise de décision du médecin. C'est lorsqu'elle a été rapide, qu'elle a été perçue comme une marque de sérieux et de professionnalisme du médecin. Cette démonstration de réactivité les a tranquilisés.

Nicole : Voyez, il agit quand même, c'est rassurant pour nous de savoir qu'il nous donnera quelque chose. C'est peut-être pas aussi fort que celui que nous donnera le spécialiste, mais euh... ça pallie au... (E5-L110)

Au contraire, Monique a eu un sentiment d'abandon face à l'inertie de son médecin.

Monique : Bah elle répond pas à ce que je demande, elle répond pas, elle me laisse faire. J'étais vraiment - j'avais l'impression d'être toute seule, de gérer toute seule ma douleur. (E1-L302)

- La recherche d'une démarche rigoureuse avec une prise en compte du risque d'erreur

Pour juger de la rigueur de leur médecin dans l'incertitude, ils ont eu besoin de décortiquer son raisonnement. Daniel, Nicolas et Philippe ont été rassurés par une rigueur scientifique familière.

Daniel : On est obligé de faire des hypothèses. Et l'hypothèse, c'est parce qu'il y a incertitude. Et je trouve que quelqu'un qui travaille comme ça, ça me rassure. Peut être parce que je m'y reconnais. (E3-L52)

Le fait de voir son médecin s'appuyer sur une démarche collégiale a inspiré confiance à Daniel.

Daniel : [...] Y a un croisement entre individus qui est sain, quoi. C'est plus un bonhomme, c'est un système. (E3-L121)

Interrogés sur leurs vécus vis-à-vis de la perception de l'incertitude de leur médecin, cinq patients ont évoqué spontanément le risque d'erreur médicale ; un risque mis en lumière à travers le rappel ou la prise de conscience du savoir incomplet du médecin. Une méfiance est ainsi apparue : « Le médecin est-il en mesure de me protéger ? »

Philippe : Par contre, dans le doute, il faut pas qu'il fasse d'erreur. (E4-L344)

Le fait même de percevoir clairement l'incertitude a pu être interprété, en soi, comme un signe de protection. Pour Nicolas, Daniel et Nicole, le médecin, qui ne masquait pas son incertitude, avait automatiquement pris en compte ce paramètre et adopté une rigueur propre à cet état : une preuve de sa prudence face au risque d'erreur médicale. Ainsi il a gagné en crédibilité.

Nicolas : [...] Je préfère quelqu'un que je vois qui se pose des questions, plutôt que quelqu'un qui réfléchit pas à ce qu'il fait et qui va dérouler sur la chose la plus évidente sans regarder ce qu'il y a autour voilà. (E2-L30)

➤ La recherche d'une honnêteté mesurée

Pour Daniel et Nicolas, percevoir clairement l'incertitude a été un signe d'honnêteté du médecin souhaitant les protéger du choc de l'annonce d'une éventuelle maladie grave. Ils pouvaient ainsi s'assurer que le médecin avait pris au sérieux leur cas.

Nicolas : Il l'aurait dit clairement, qu'il ne savait pas etc. plutôt que d'attendre et de chercher sans verbaliser son incertitude. Les choses auraient été un peu plus préparées pour l'annonce du diagnostic. Alors qu'ensuite, c'est tombé comme un coup de masse et qu'en fait on n'a jamais su les questions qu'il s'était posées, lui. (E2-L242)

L'opacité du médecin devenait une erreur.

Jérémy : Elle traite de ma santé à moi ! Donc quelque part, j'ai le droit d'être au courant de la solution même si il dit « ça, c'est ma solution, c'est mon plan C » (E6-L294)

L'incertitude, synonyme de gravité, est devenue pour certains trop difficile à supporter. Pour être préservé d'une condamnation, Philippe n'a voulu entendre qu'à demi-mot le cheminement du médecin dans l'incertitude et être en sursis. Pour Daniel, l'honnêteté ne passait pas forcément par une verbalisation pouvant confirmer ses peurs. Une compréhension implicite était suffisante. Le médecin avait pris en compte qu'il ne pouvait pas entendre le mot « cancer ».

Daniel : [...] On aurait pu, je sais pas, me cadrer en me disant c'est ta ta ta. Alors, peut être que ça aurait été aussi pas mal. Mais, non, que le gars il ait

une certaine réserve... et en fait, il sait très bien que j'ai compris les différentes possibilités je veux dire. (E3-L169)

➤ La recherche d'une attention singulière

Dans un besoin de protection, les patients étaient d'autant plus demandeurs d'attention. Ils ont donc été reconnaissants envers le médecin disposé à les écouter et à s'adapter à leur singularité.

Daniel : [...] Ça prend en compte moi, mon incertitude à moi, c'est à dire je ne sais pas ce qui va en ressortir de cette affaire. Imaginons que j'ai un problème et puis que je veuille en parler, je peux aller le voir et en discuter avec lui. (E3-L149)

Pour Monique, l'incertitude de son médecin a été le signe d'une intolérable négligence de sa plainte. Il s'agissait d'un défaut d'attention contrastant avec sa vulnérabilité. Elle a vécu ce manque de sécurisation comme une rupture du dialogue entre elle et son médecin, lui imposant de quitter la relation.

Monique : [...] J'avais quand-même quelque chose de sérieux et qu'il fallait pas [...] des regards... légers. Enfin, vous voyez ce que je veux dire, avec quelqu'un qui prenne ça à la légère. (E1-L152)

L'appropriation d'un rôle dans la relation : vers une autonomie

Une nouvelle relation est venue se construire autour de cette situation d'incertitude. D'une position initialement vulnérable, les patients ont acquis une certaine autonomie en s'appropriant un rôle. Ce dernier dépendant de la place laissée par le médecin et du degré d'implication du patient. Cela leur a permis, entre satisfaction et résignation, une accommodation à la situation. Nicole et Nicolas se différenciaient par leur relation de confiance presque inébranlable, bâtie au fil des

années. Leur acceptation de la situation a été *quasi* immédiate, leurs rôles étant déjà établis et assumés. Ces rôles ont garanti une stabilité de la relation malgré l'incertitude.

Plusieurs dimensions de ces rôles se sont dessinées au travers des entretiens :

➤ Patient et médecin coéquipiers

Percevoir clairement l'incertitude par une simple verbalisation ou une attitude sans équivoque a été vécu comme l'agréable surprise de se sentir respecté par le médecin. Cette expérience est venue contredire leurs préjugés sur les médecins, fondés notamment sur la généralisation de leurs expériences. En effet, tout médecin avait une tendance, par facilité ou malice, à ne pas intégrer le patient dans les questionnements qu'impose l'incertitude. Ils étaient, alors, *a priori*, dans une position défensive. Or, dans cette situation, le généraliste s'est distingué par son honnêteté, mettant médecin et patient sur un pied d'égalité.

Daniel : C'est pas un gourou, c'est un médecin. (E5-L180)

Ils ont été rassurés de pouvoir former un duo avec leur médecin, pour résoudre ensemble l'incertitude. Daniel, Jérémy et Nicolas revendiquaient le besoin de garder leur libre arbitre. La démarche transparente du médecin leur a permis de maîtriser leur santé et d'être acteurs de la réflexion.

Nicolas : [...] C'est quelque chose que j'aimais bien. C'était de discuter de la prise en charge qu'il m'explique pourquoi. (E2-L260)

Daniel, Philippe et Jérémy ont exprimé leur reconnaissance à un médecin qui a su leur accorder une juste place en leur proposant un suivi rapproché ou un exposé clair des démarches à suivre. Ceci a amené Jérémy à choisir ce médecin et d'en faire son coéquipier.

Jérémy : [...] Non seulement ça fait que j'ai envie de travailler, pas de travailler, mais d'être patient de cette personne, mais qu'en plus j'ai envie de la conseiller à d'autres gens. (E6-L212)

➤ Un patient modèle au service du médecin scientifique

Nicolas et Philippe se sont sentis utiles. Pour Nicolas, le fait que son médecin lui livre son incertitude a été le témoignage d'une relation privilégiée. Il s'est senti honoré d'avoir été élu par son médecin pour lui rendre service. Par extension, il a eu le sentiment d'aider les autres patients et même la Science.

Nicolas : Oui, ça m'a fait sourire et lui aussi, ça l'a fait sourire. S'il commence pas par essayer sur certains de ses patients, il saura pas ce que ça va donner donc... (E2-L311)

Tous deux ont ressenti une satisfaction voire une fierté d'avoir été des « cas particuliers » attisant la curiosité de leurs médecins.

Philippe : [...] Je pense aussi de son côté y' a eu des questionnements « Qu'est-ce qu'il a ? ». Donc c'est un cas. Et je pense que les cas, ça vous intéresse ? (E4-L378)

➤ Un patient responsable voire autonome

L'incertitude a pu remettre en cause, non seulement le médecin, mais aussi le patient. Nicolas, prenant sa part de responsabilité dans la relation, a eu le remords de ne pas avoir su signaler sa colère dans l'incertitude diagnostique traînante.

Nicolas : Peut-être que si je l'avais verbalisée, il aurait repris un rôle de coordination sur le dossier et recentré un petit peu les choses. (E2-L148)

Devenue presque experte dans sa maladie chronique, Nicole a fait, avec aisance et autonomie, le lien entre son généraliste et son « spécialiste ». Elle a perçu le désarroi de son médecin incertain. Dans un rôle proche d'une bienveillance

maternelle, elle est tout naturellement allée le rassurer en lui apportant la solution cherchée chez le « spécialiste ».

Nicole : [...] Il était déjà rassuré parce qu'il savait qu'il y a avait [...] pas lieu de trop s'inquiéter, quoi. (E5-L493)

Nicole et Nicolas, grâce à leur bon niveau d'instruction et leur relation durable avec leur médecin, ont pu être de connivence avec lui. Ils se sont engagés dans la résolution de l'incertitude ; ils ne regardaient plus leur médecin agir seul.

Monique a déploré l'absence totale de responsabilité de son médecin incertain. Bien que revendiquant une position de « sachante » de par sa maladie chronique et son ancienne profession d'infirmière, elle a refusé le rôle de « maître de la décision ». Elle s'est sentie abandonnée. Dans une dangereuse inversion des rôles médecin-patient, elle s'est sentie accablée sous le poids des responsabilités. Elle est alors devenue, contre son gré, la force décisionnelle dans la relation.

Monique : Elle me disait « Vous voulez ça ? Est-ce que vous voulez que je vous donne ça ? ». [...] C'est pas moi qui dois la conseiller, c'est bien elle qui doit me donner. (E1-L64)

Finalement, c'est en se résignant à porter un rôle de patient-décideur que Monique a trouvé une certaine stabilité et a pu supporter quelques temps cette relation.

Monique : Quand j'ai compris comment elle fonctionnait, je disais « Madame, pensez pas que je peux prendre ça ou ça à la place ? (E1-L268)

Discussion

Principaux résultats

La réaction immédiate des patients face à cette perception s'est expliquée par la concordance ou discordance entre la réalité et leurs repères. Des repères vis-à-vis de leur médecin, de leur santé et de leur avenir. Les patients qui étaient dans une relation récente et naïfs de cette expérience avec leur médecin ont pu instinctivement être déçus d'un médecin faillible et refuser un devenir obscur. Dans un besoin de faire face à la déception d'un médecin faillible, ils se sont interrogés sur sa crédibilité. A l'issue de leurs efforts de compréhension, ils ont accordé leur indulgence sinon sanctionné leur médecin incertain. Percevoir l'incertitude les a rendus vulnérables. Dans un besoin d'être sécurisés, ils ont scruté leur médecin à la recherche de signes de sa protection bienveillante. Pour ceux dans une relation de confiance presque inébranlable construite dans la durée, l'acceptation de la situation a été *quasi* immédiate, et ce, dans une certaine indifférence. Finalement, tous se sont appropriés, entre revendication satisfaite et résignation, un rôle dans la relation avec leur médecin incertain.

Discussion de la méthode

➤ Forces

Cette étude est originale par son thème et son approche par IPA. Pour dégager une connaissance intime de vécus, le choix de cette méthode qualitative était pertinent. L'approche phénoménologique a permis de détourner le regard de l'incertitude telle que décrite dans la littérature, pour saisir ce qui est « donné » par les patients, leurs perceptions de l'incertitude (16).

Pour éviter que les réponses soient influencées, le recrutement a été indépendant des médecins généralistes ; les participants ont été inconnus des enquêtrices et sans rapport de hiérarchie avec l'informateur-relais. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, avec un guide souple, a favorisé la spontanéité et la singularité des réponses. L'ordre des questions n'a pas été suivi afin de conserver le cheminement de pensée de l'enquêté.

Le fait que les chercheuses soient médecins généralistes leur a permis une bonne compréhension des problématiques de santé et a facilité l'écoute empathique indispensable en IPA. La réalisation des entretiens tests a amélioré la qualité du guide et l'aisance des enquêtrices.

La triangulation des chercheurs a enrichi la réflexion dans l'analyse (12). Une analyse idiographique a été favorisée par la taille restreinte de l'échantillon. En IPA, la richesse et l'approfondissement de l'expérience de chaque cas prévaut sur le nombre de participants, l'objectif étant de développer une compréhension en profondeur d'un phénomène (12). Smith a recensé entre 1 et 14 participants dans les études utilisant l'IPA (14). Afin de maîtriser l'analyse du corpus en tenant compte du temps imparti, un nombre de six entretiens a été choisi.

Conformément aux critères de qualité des IPA (14), l'analyse a été interprétative avec une mise en relief des convergences et divergences. Dans une exigence de rigueur, des extraits d'au moins la moitié des participants ont été associés aux thèmes super-ordonnés afin d'en mesurer l'importance.

L'acceptation interne (17) semble acquise : les participants ont accepté la signature d'un consentement et manifesté un intérêt pour l'étude avec une durée moyenne d'entretien de 46 minutes. Le carnet de bord permet aux chercheuses de justifier les décisions prises tout au long de l'étude. Signe d'une bonne cohérence interne, les données pourraient être exploitables par d'autres : la méthode est explicitée et les entretiens retranscrits mot à mot.

Les critères d'évaluation COREQ ont été rapportés (Annexe 1).

➤ Faiblesses

L'IPA laisse de nombreux aspects à l'appréciation du chercheur, cette liberté peut être perçue comme une source d'opacité (12). Dans une volonté de transparence, la méthode a été décrite minutieusement.

Pour être inclus, les patients devaient avoir perçu l'incertitude de leur médecin. Il a été choisi de ne pas restreindre l'échantillon à des pathologies particulièrement associées à une incertitude scientifique et donc à une incertitude systématique pour le médecin. La volonté était de retenir la perception subjective du patient. L'échantillonnage a donc été raisonné avec un appel à participation (Annexe 2) spécifiant la nécessité d'avoir cette expérience. Il est probable d'avoir sélectionné un échantillon avec une expérience extrême mais cela ne semble pas avoir limité l'appréciation des convergences et divergences dans les données recueillies.

L'IPA s'applique à des échantillons présentant une certaine homogénéité (12). Or, elle est ici discutable. Les chercheuses ont admis que l'homogénéité de l'échantillon résultait du partage de l'expérience d'avoir perçu l'incertitude de leur généraliste et du fait que tous étaient intéressés par le sujet. Un manque de focalisation peut être reproché, l'étude de cas particuliers étant plus susceptible d'être de haute qualité en IPA (14).

En se présentant comme étudiante en médecine, le statut de médecin a pu primer sur celui de chercheuse aux yeux des participants. Ils ont pu moduler leur discours pour être conforme aux attentes qu'ils leur prêtaient. La question « Quel est votre avis sur cette affirmation : le médecin généraliste ne peut pas tout savoir ? » a pu également renforcer ce phénomène. Cela a été pris en compte lors de l'analyse.

L'existence d'enregistrements puis retranscriptions a pu induire une retenue dans le discours. Nicolas a pu attribuer aux autres des sentiments qu'il n'a peut-être pas osé prendre à son propre compte.

En recherche qualitative, la qualité du recueil et de l'analyse dépendent des compétences et de l'expérience des chercheurs. Or, malgré la lecture de méthodologies existantes, les chercheuses étaient novices. Certaines données d'entretiens auraient pu être plus finement exploitées.

Pourtant décrite classiquement comme un critère de qualité, il n'y a pas eu de recherche de saturation des données. Elle n'est pas appropriée à l'IPA dont l'objectif est d'analyser un phénomène en profondeur sans objectif de généralisation. L'analyse a été bornée par la taille de l'échantillon. Pour autant, les données recueillies semblent assez riches.

Cette étude a été menée auprès d'un échantillon restreint, non probabiliste, dans un périmètre géographique limité et sans recherche de saturation des données. Le potentiel de transférabilité, c'est-à-dire d'étendre les conclusions à d'autres contextes, est donc limité. La population a néanmoins été décrite. Les participants ayant été sélectionnés sur leurs expériences particulières, la généralisation des conclusions à l'ensemble des patients est impossible. Les participants « représentent » une perspective plutôt qu'une population.

Discussion des résultats

➤ Comparaison avec la littérature

L'incertitude est inhérente à la pratique médicale, or, sur 36 personnes contactées par les informateurs-relais, seules 12 ont rapporté avoir déjà perçu l'incertitude de leur généraliste, rendant cet échantillon assez singulier. Ce résultat vient-il de l'opacité des médecins dans leurs réticences à divulguer leur incertitude

(7) ? Pourtant, dans une étude de Gordon et *al.* sur des enregistrements de 216 consultations de 43 généralistes, une incertitude était exprimée verbalement par le médecin dans 71% des consultations (7) ; cela sans prendre en compte l'expression comportementale (aide d'un livre, d'un ordinateur, etc.). Sans vouloir tenter une comparaison, cette discordance amène des réflexions : les patients ne prêtent-ils pas attention à l'incertitude de leur médecin ? Est-ce le reflet d'une indifférence dans une relation de confiance établie ?

Les patients recrutés avaient un bon niveau d'instruction. Étaient-ils simplement plus intéressés pour participer à ce genre d'étude ou étaient-ils plus susceptibles d'avoir perçu l'incertitude de leur médecin ? Gordon et *al.* ont retrouvé que les médecins avaient exprimé plus d'incertitudes devant des patients plus instruits, plus désireux d'informations et les questionnant plus.(7)

Dans une étude d'Ogden et *al.* basée sur des questionnaires remplis par des patients (n = 550), 61% ont envisagés le « je ne sais pas » comme délétère pour la confiance accordée au médecin (11). Les résultats de la présente étude ont modéré cette notion en envisageant les vécus des patients dans leur dynamique. Face à la perception de l'incertitude, ils ne restaient pas passivement dans une réaction instinctive de refus du médecin faillible. Ils ont eu besoin de comprendre l'incertitude, réévaluer leurs attentes, guetter les réactions de leur médecin pour finalement juger de la confiance qu'ils pouvaient lui accorder.

La question de la confiance préalable en leur médecin a été centrale et a largement conditionné leurs vécus. Une relation de confiance construite dans la durée a semblé les protéger des peurs mais aussi de la remise en question de la crédibilité de leur médecin. Selon Ogden, la confiance en le médecin exprimant son incertitude était plus élevée chez les patients âgés ou qui connaissaient depuis longtemps leur généraliste (11). Pour ceux, dans une relation récente avec leur médecin, percevoir l'incertitude de ce dernier quant au diagnostic les a précipités

dans un pessimisme. Selon Gulbrandsen et *al.* cette vulnérabilité provenait de l'incertitude sur le devenir, elle-même expliquée par une attention cognitive de la personne antérieurement en bonne santé (18). De là, ils attendaient de leur médecin une sécurisation.

Les patients ont guetté, chez leur médecin, des signes de sa protection bienveillante. Ils ont recherché une attention singulière avec une prise en compte de leur désarroi. Les patientes, dans une étude de Prades et *al.*, ont attendu un soutien face à l'incertitude diagnostique d'un cancer du sein et ont déploré un désinvestissement du généraliste par rapport à leurs besoins spécifiques (9). Dans l'étude de Gordon et *al.*, l'expression de l'incertitude a été associée à une plus grande satisfaction des patients mais pas indépendamment des autres comportements : le partage d'information, le discours positif, et la construction d'un partenariat (7). L'attente d'une protection basée sur une réactivité du médecin fait écho à l'étude d'Ogden et *al.* (11). Dans cette dernière, le fait que le médecin demande lors de la consultation l'avis à un médecin hospitalier ou qu'il adresse son patient à un médecin hospitalier a été favorable à la confiance en leur généraliste (70.6% et 85.6% des patients). Alors que l'expression attentiste « Voyons ce qui se passe » a été dommageable pour la confiance (64%). L'expression franche de l'incertitude a pu être perçue comme une honnêteté protectrice. Mais dans une certaine ambivalence, cette attente a pu être nuancée : le médecin devait s'adapter au patient et son contexte dans une honnêteté mesurée. Certains ont vécu l'opacité de leur médecin vis-à-vis de son incertitude comme une erreur. Cela va dans le sens de l'étude de Prades et *al.*, dans laquelle les patientes ont estimé que le médecin faisait une erreur médicale s'il éludait les discussions sur les points d'incertitude (9).

La vulnérabilité est, pour Parascandola et *al.*, synonyme d'une autonomie compromise (19). Ainsi l'appropriation d'un rôle dans la relation avec le médecin incertain a pu venir de leur volonté de regagner leur autonomie. Le rôle de coéquipier

pourrait s'intégrer au modèle de la décision médicale partagée décrite par la Haute Autorité en Santé : « le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ; le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences [...] Un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé ». Tous ont revendiqué une place à prendre dans l'incertitude, certains préférant être actif, d'autres plus passifs. Selon Levinson, les patients davantage malades ou plus âgés préféreraient un rôle passif (20).

Implications cliniques et ouverture

Pour Berger, prendre en compte l'incertitude n'est pas seulement admettre un défaut de connaissance, mais aussi aider les patients à gérer une incertitude à laquelle le médecin ne peut complètement remédier (21). Si de nombreuses stratégies ont été décrites pour que le médecin tente de faire face à l'incertitude (2) (22), cette étude laisse entrevoir des pistes de réflexions pour, cette fois, aider le patient à y faire face. Au-delà d'une certitude, les patients attendaient surtout de leur médecin une protection bienveillante. Placé au centre de l'attention du patient vulnérable, le médecin généraliste peut alors s'efforcer de signifier à son patient cette sollicitude. Renforcer la formation aux techniques d'écoute et de communication dans l'incertitude pourrait aider les médecins à cerner et répondre au plus tôt aux attentes singulières de leurs patients.

Les vécus n'ont pas été figés mais se sont inscrits dans une dynamique pouvant les amener d'un refus instinctif à une certaine satisfaction, d'une vulnérabilité à une certaine autonomie. Prendre conscience de cette dynamique pourrait amener les médecins à réévaluer les motifs de leur réticence à divulguer

l'incertitude à leur patient. Si le médecin cherche constamment à gérer l'incertitude, cette étude montre que des patients peuvent également s'adapter à cette situation. L'attitude du médecin dans l'incertitude pourrait alors être guidée par une nouvelle confiance accordée au patient. Quoique déstabilisante, tant pour le médecin que pour le patient, l'incertitude pourrait ainsi, non pas pénaliser, mais, au contraire renforcer la relation médecin-patient.

Une recherche future pourrait se concentrer sur ce phénomène auprès de patients issus de milieux sociaux défavorisés. La dynamique des vécus serait-elle la même ?

Conclusion

Cette étude a exploré les vécus de patients ayant perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation.

La réaction immédiate des patients face à cette perception s'est expliquée par la concordance ou discordance entre la réalité et leurs repères. Des repères vis-à-vis de leur médecin, de leur santé et de leur avenir. Les patients qui étaient dans une relation récente et naïfs de cette expérience avec leur généraliste ont pu instinctivement être déçus d'un médecin faillible et refuser un devenir obscur. Ils ont eu besoin de faire face au médecin incertain par des efforts de compréhension et de tolérance. Percevoir l'incertitude les a rendus vulnérables. Dans un besoin d'être sécurisés, ils ont scruté leur médecin à la recherche de signes de sa protection bienveillante. Pour ceux dans une relation de confiance presque inébranlable construite dans la durée, l'acceptation de la situation a été *quasi* immédiate, et ce, dans une certaine indifférence. Finalement, tous se sont appropriés, entre revendication satisfaite et résignation, un rôle dans la relation avec leur médecin incertain.

Le vécu du patient n'a pas été figé, mais s'est inscrit dans une dynamique pouvant l'amener d'un refus instinctif à une certaine satisfaction, d'une vulnérabilité à une certaine autonomie. Au-delà d'une certitude, les patients attendaient surtout de leur médecin une sécurisation.

Si le médecin cherche constamment à gérer l'incertitude, avec parfois une réticence à la divulguer, cette étude montre que des patients peuvent également s'adapter à cette situation. L'attitude du médecin dans l'incertitude pourrait alors être guidée par une nouvelle confiance accordée au patient. Quoique

déstabilisante, tant pour le médecin que pour le patient, l'incertitude pourrait ainsi, non pas pénaliser, mais, au contraire renforcer la relation médecin-patient.

Une recherche future pourrait se concentrer sur ce phénomène auprès de patients issus de milieux sociaux défavorisés.

Conclusion validée

THÈSE SOUTENUE PAR : Elise MOUSSEL et Amandine MOREL

**Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation :
analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients.**

Quotidienne en médecine générale, l'incertitude du médecin a largement été étudiée du point de vue des professionnels. Plus rares ont été les études envisageant la perspective du patient à ce sujet et notamment son vécu singulier.

L'objectif de cette étude était d'explorer les vécus de patients ayant perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation.

Une étude qualitative a été menée auprès de patients d'Isère, Savoie et Haute-Savoie, volontaires et intéressés pour réfléchir à cette question. Ils ont été recrutés via une fiche d'information distribuée par des informateurs relais. Six entretiens individuels semi-dirigés, menés de novembre 2016 à juillet 2017, ont fait l'objet d'une analyse interprétative phénoménologique par deux enquêtrices respectant ainsi la triangulation des chercheurs.

Deux femmes et 4 hommes, âgés de 30 à 78 ans, ont été interrogés. Leur réaction immédiate face à la perception de l'incertitude est née d'une réévaluation de leurs propres repères : vis-à-vis de leur médecin, de leur santé et de leur avenir. Les patients qui étaient dans une relation récente et naïfs de cette expérience avec leur médecin, ont instinctivement refusé ce médecin faillible et un devenir obscur. Au contraire, pour ceux dans une relation de confiance presque inébranlable et construite dans la durée, l'acceptation de la situation a été quasi immédiate, et ce, dans une certaine indifférence. Dans un

besoin de faire face à la déception du médecin faillible, ils se sont interrogés sur la crédibilité de leur médecin. A l'issue de leurs efforts de compréhension, ils ont accordé leur indulgence sinon sanctionné leur médecin incertain. Percevoir l'incertitude les a rendus vulnérables. Dans un besoin d'être sécurisés, ils ont scruté leur médecin à la recherche de signes de sa protection bienveillante. Finalement, tous ont été amenés à s'approprier, entre revendication satisfaite et résignation, un rôle spécifique dans la relation avec leur médecin incertain

Dans cette étude, le vécu du patient n'a pas été figé, mais s'est inscrit dans une dynamique pouvant l'amener d'un rejet instinctif à une certaine satisfaction ; d'une vulnérabilité vers une autonomie. Ils ont compté sur la protection bienveillante de leur médecin. Si le médecin cherche constamment à gérer l'incertitude, avec parfois une réticence à la divulguer, cette étude tend à montrer que des patients peuvent également s'adapter à cette situation. L'attitude du médecin dans l'incertitude pourrait alors être guidée par une nouvelle confiance accordée au patient. Quoique déstabilisante, tant pour le médecin que pour le patient, l'incertitude pourrait ainsi, non pas pénaliser, mais, au contraire renforcer la relation médecin-patient.

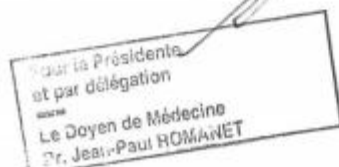
Une recherche future pourrait se concentrer sur ce même phénomène auprès de patients issus de catégories socio-éducatives moins élevées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 26/09/17

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PROFESSEUR P. IMBERT



Bibliographie

1. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris : L'Harmattan, 1988.
2. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale: une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2013.
3. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. *Can Med Assoc J* 1982;126:915-7.
4. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak* 2011;31:828-38.
5. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé* 2008;26:67-91.
6. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care* 1990;28:724-36.
7. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns* 2000;40:59-65.
8. Katz J. Why Doctors Don't Disclose Uncertainty. *Hastings Cent Rep* 1984;14:35-44.
9. Prades J, Ferro T, Gil F et al. Core communication components along the cancer care process: the perspective of breast cancer patients. *Breast Edinb Scotl* 2014;23:617-22.
10. Politi MC, Clark MA et al. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy* 2011;14:84-91.
11. Ogden J, Fuks K, Gardner M et al. Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns* 2002;48:171-6.
12. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience: présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en

psychologie. ResearchGate [Internet].2016 [cité 18 janv 2017]; Disponible sur: <https://tinyurl.com/y7z73uqk>.

13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.
14. Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol Rev* 2011;5:9-27.
15. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. ResearchGate [Internet].2014 [cité 18 janv 2017]; Disponible sur: <https://tinyurl.com/y95spvmn>.
16. Santiago-Delefosse M, Carral M del R. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Paris : Dunod, 2017.
17. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Paris : Armand Colin, 2009.
18. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns* 2016;99:1505-10.
19. Parascandola M, Hawkins J, Danis M. Patient autonomy and the challenge of clinical uncertainty. *Kennedy Inst Ethics J* 2002;12:245-64.
20. Levinson W, Kao A, Kuby A. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20:531-5.
21. Berger Z. Navigating the Unknown: Shared Decision-Making in the Face of Uncertainty. *J Gen Intern Med* 2015;30:675-8.
22. O’Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care* 2011;19:175-81.

Annexes

Annexe 1 : COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

COREQ d'après A. Tong et al

No Item	Guide questions	description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator group? MOUSSEL Elise, MOREL Amandine	Which author/s conducted the interview or focus
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? None
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study? Both locum general practitioners
4.	Gender	Was the researcher male or female? Both
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have? None
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? No
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? The participants were informed of the aim of the thesis
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? Interests in the research topic, due to the medical practice
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? Interpretative phenomenological analysis
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? Purposive
11.	Method of approach	How were participants approached? information letter then on the phone then face-to-face
12.	Sample size	How many participants were in the study? Six
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? Four; uncomfortable about being interviewed
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? Home or workplace
15.	Presence of nonparticipants and researchers?	Was anyone else present besides the participants and researchers? No
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? Patients who had perceived their GP's uncertainty and who were interested in the subject and with willingness to participate
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the

authors? Yes, see appendix. Was it pilot tested? Yes	
18. Repeat interviews many? No	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19. Audio/visual recording collect the data? Audio recording only	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20. Field notes interview or focus group? Yes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21. Duration group? The average duration was 46 minutes	What was the duration of the interviews or focus group?
22. Data saturation	Was data saturation discussed? No concern
23. Transcripts returned comment and/or correction? Yes	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings	
Data analysis	
24. Number of data coders	How many data coders coded the data? Two
25. Description of the coding tree tree? Yes, see appendix	Did authors provide a description of the coding tree?
26. Derivation of themes from the data? Derived from the data	Were themes identified in advance or derived from the data?
27. Software the data? Microsoft WORD 2007 ® and WORD 2011 ®	What software, if applicable, was used to manage the data?
28. Participant checking Yes	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting	
29. Quotations presented the themes / findings? Yes. Was each quotation identified? Yes	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings?
30. Data and findings consistent presented and the findings? Yes	Was there consistency between the data presented and the findings?
31. Clarity of major themes findings? Yes	Were major themes clearly presented in the findings?
32. Clarity of minor themes discussion of minor themes? Yes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

FICHE D'INFORMATION

Vous avez perçu l'incertitude de votre médecin généraliste en consultation.

Acceptez-vous de nous en parler?

Qui sommes-nous?

Mme Amandine Morel et Mme Elise Moussel, étudiantes en doctorat de médecine générale à l'**université Grenoble-Alpes**.

Quelle est cette étude?

Travail de **recherche** dans le cadre d'une thèse de **médecine générale**, sur le thème de l'incertitude du médecin généraliste. Sous la direction du Docteur S. Chatelard.

Pourquoi vous?

Notre étude porte sur **les patients**. Pour participer, vous devez être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection. **Si vous avez déjà perçu l'incertitude de votre médecin généraliste (actuel ou ancien) en consultation**, nous aimerions connaître votre expérience, telle que vous l'avez vécue. Votre histoire nous intéresse! L'entretien est **accessible à tous, il ne fait pas appel à vos connaissances**.

Mentions légales

Votre nom n'apparaîtra jamais dans l'étude et votre **confidentialité** est garantie. Votre consentement sera nécessaire pour participer. Il n'y aura aucune participation financière de votre part.

En quoi consiste votre participation?

Il s'agit de participer à un **entretien individuel**, enregistré par dictaphone, avec l'une d'entre nous. Nous échangerons ensemble sur votre expérience d'avoir perçu l'incertitude de votre médecin généraliste en consultation.

Durée d'1 h en moyenne (mais adaptable selon vos disponibilités).

Où et quand?

Nous vous laissons libre de choisir la date, l'heure et le lieu de l'entretien, dans une limite des départements Isère, Savoie et Haute-Savoie, de préférence dans un endroit calme où vous vous sentez à l'aise.

Vous êtes intéressé(e)? Comment cela se passe?

Vous pouvez prendre le temps de lire et comprendre ces informations.

Si vous acceptez de participer à un entretien, merci de faire savoir à _____ que vous acceptez qu'il nous communique vos coordonnées téléphoniques. Nous vous contacterons alors afin de répondre à vos questions et de programmer l'entretien.

Si besoin, avant que vous acceptiez de participer, nous pouvons venir à votre rencontre pour prendre le temps de vous présenter notre travail et de répondre à vos questions.

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

Nous vous remercions de l'attention portée.

E. Moussel et A. Morel

Annexe 3 : Guide d'entretien initial

- **Amorce de l'entretien :**

Depuis combien de temps êtes-vous suivi(e) par votre médecin traitant généraliste actuel ? Et avant ?

À quelle fréquence consultez-vous le médecin généraliste ?

En général, pour quelles raisons allez-vous le voir ? Qu'attendez-vous de lui ?

- **Notre travail porte sur l'incertitude mais ce terme peut paraître flou.**

Que vous évoque l'incertitude de votre médecin généraliste en consultation ?

Selon vous, qu'est ce qui peut être source d'incertitude chez votre médecin lors de vos consultations ?

- **Pouvez-vous me raconter une consultation où vous avez perçu l'incertitude de votre médecin traitant généraliste ?**

Pouvez-vous me raconter précisément comment s'est passée cette consultation ?

- Dans quel contexte ?
 - Quand s'est passée cette consultation ?
 - Motif ?
 - Comment vous sentiez vous avant la consultation ? (État psychique et physique)
 - Dans quelles circonstances s'est faite cette consultation ? (Rendez-vous ? moment de la journée ? salle d'attente ?...)
 - Quelles étaient vos attentes concernant votre médecin en allant à cette consultation ?
- **Vous m'avez évoqué spontanément cette situation mais, concrètement, de quelle manière avez-vous perçu que votre médecin était incertain ?**
 - **Pouvez-vous me raconter comment vous avez vécu le fait de percevoir l'incertitude de votre médecin ?**

- Sur le coup...
 - Aujourd'hui...
 - Si vous deviez revivre cette consultation, comment se déroulerait-elle ?
 - Vous m'avez parlé de [contexte de la consultation cf supra], selon vous, quelle importance cela a eu sur votre vécu ?
- **Qu'a pensé votre entourage de cette consultation ?**
 - **Où en est la situation que vous m'avez racontée ? Que vous a proposé votre médecin ?**
 - **Après cette / ces consultation(s), comment a évolué votre relation avec votre médecin ?**
 - **Avez-vous vécu des situations similaires avec votre médecin actuel ou un ancien médecin ?**
 - **Quel est votre avis sur cette affirmation : « le médecin généraliste ne peut pas tout savoir » ?**

Annexe 4 : Guide d'entretien final

- **Amorce de l'entretien :**

Depuis combien de temps êtes-vous suivi(e) par votre médecin généraliste actuel ?

Et avant ?

À quelle fréquence consultez-vous le médecin généraliste ?

- **Pouvez-vous me raconter une consultation où vous avez perçu l'incertitude de votre médecin généraliste ?**

Pouvez-vous me raconter précisément comment s'est passée cette consultation ?

- **Vous m'avez évoqué spontanément cette situation mais, concrètement, de quelle manière avez-vous perçu que votre médecin était incertain ?**
- **Pouvez-vous me raconter comment vous avez vécu le fait de percevoir l'incertitude de votre médecin ?**
- **Qu'a pensé votre entourage de cette consultation ?**
- **Après cette / ces consultation(s), comment a évolué votre relation avec votre médecin ?**
- **Avez-vous vécu des situations similaires avec votre médecin actuel ou un ancien médecin ?**
- **Quel est votre avis sur cette affirmation : « le médecin généraliste ne peut pas tout savoir » ?**

Annexe 5 : Lettre d'information et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Cette lettre vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations.

Intitulé de l'étude : Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : Analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients.

Etude sous la direction du Dr Sophia Chatelard.

Promoteurs: Melle Elise Moussel et Melle Amandine Morel : doctorantes en médecine générale.

Investigateur principal qui mènera l'entretien : L'une ou l'autre.

But de l'étude : Explorer les vécus de patients ayant perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation.

Engagement du participant : Il s'engage à participer à un entretien individuel autour du thème de notre étude. La durée de cet entretien est d'en moyenne 1 heure mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant. Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale qui apparaîtra en annexe de la thèse. Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection. Il accepte de donner à l'investigateur ses coordonnées téléphoniques ainsi qu'une adresse mail ou postale.

Engagement de l'investigateur principal : Il s'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant, à assurer la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies. Il s'engage à n'utiliser les coordonnées téléphoniques du participant que dans le but de programmer le rendez-vous pour l'entretien. Il

s'engage à lui envoyer les résultats de l'étude par mail ou courrier (avec enveloppe timbrée de retour). Le participant pourra alors émettre son avis sur les résultats.

Liberté du participant : Vous êtes libre de participer ou non. Le consentement peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur.

Frais : La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part.

Confidentialité des informations : L'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif, un pseudonyme sera utilisé pour désigner le participant. Les coordonnées téléphoniques seront détruites dès l'entretien réalisé. Les adresses mail et postales seront conservées jusqu'à la fin de l'étude.

Législation : Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'investigateur. Vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude. Une demande d'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été faite le 09/01/2017.

Nous vous remercions pour l'attention portée à cette lecture et restons à votre disposition pour tout renseignement.

Je, soussigné déclare accepter,
librement, et de façon éclairée, de participer à l'étude : « Mon médecin ne sait pas ». Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : vécus de patients. Étude qualitative par analyse interprétative phénoménologique.

Fait à le en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 6 : Consigne standardisée

« Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté cette rencontre. Je me présente, je m'appelle Amandine Morel / Elise Moussel, je réalise avec Elise Moussel / Amandine Morel, un travail de recherche. Ce travail correspond à notre thèse d'exercice de docteur en médecine générale.

Il a pour finalité d'améliorer les connaissances des médecins généralistes sur les patients et de favoriser un travail sur la relation médecin-patient.

Nous cherchons à explorer le vécu de patients qui ont perçu l'incertitude de leur médecin généraliste en consultation. C'est en votre qualité de « patient qui consulte son médecin généraliste » que j'aimerais échanger avec vous aujourd'hui.

En pratique, j'enregistre notre échange, avec votre accord, pour nous permettre de l'analyser par la suite. Ne prêtez pas attention au micro. Votre anonymat sera préservé.

Cet entretien nécessite votre consentement. Je vous enverrai par mail ou courrier, la retranscription de cet entretien et les résultats de notre étude pour que vous puissiez nous donner votre avis sur ceux-ci.

Je n'émettrai aucun jugement sur vos réponses, vous pouvez parler librement, il n'y a pas de « bonne ou mauvaise réponse ». Ce que je souhaite connaître c'est votre vécu et comment vous l'interprétez. Vous pouvez me faire répéter si je ne me suis pas faite comprendre. Vous pouvez très bien m'interrompre au cours de l'entretien si vous en ressentez le besoin. La durée moyenne de l'entretien est de 1 heure, mais il est possible de s'adapter à vos disponibilités.

Avez-vous des questions avant que l'on commence ? »

Annexe 7 : Tables des thèmes

➤ **Table des thèmes de Monique :**

Percevoir l'incertitude : une inversion des rôles médecin-patient subie puis assumée

Un manque de charisme du médecin

Mais je trouvais qu'elle avait... elle pouvait pas répondre à tout. Elle n'avait pas une stature, un truc à répondre à tout, moi je croyais. (E1-L80)

Une déception dans l'attente d'un médecin autoritaire : un médecin indécis

Elle voulait peut pas m- trop s'imposer, ou trop... Mais un médecin doit... s'il a vraiment... Je choque la profession, c'est sûr ! Pas s'imposer, mais être catégorique. « Pour votre cas il faut ça, pour votre cas, c'est ça, pour votre cas, tel examen, ou pas ça. ». Et là c'était comme je voulais ! (Interloquée). (E1-L73)

Face à l'indécision du médecin, des responsabilités imposées accablantes

Elle me disait « Vous voulez ça ? Est-ce que vous voulez que je vous donne ça ? ». Ben j'ai dit « Je sais pas, moi, si ça me réussira, si c'est bon pour moi, je sais pas. ». « Je vais vous mettre ça. ». Voyez, elle était elle-même dans l'incertitude, savoir ce qu'il fallait me donner vu mon cas. J'ai dit c'est... c'est pas moi qui dois la conseiller, c'est bien elle qui doit me donner. (E1-L64)

Et là c'était comme je voulais ! (Interloquée). Je- si je voulais une prise de sang elle me la faisait faire, si je voulais une radio, ben elle me la faisait faire. (E1-L76)

Bah, j'ai dit « C'est à vous de voir Docteur. Moi j'ai ça et ça mais maintenant c'est à vous de voir ». (E1-L308)

Le danger de porter la responsabilité

« Mais j'ai de la morphine, mais vous vous rendez compte ! La morphine, j'ai jamais pris de morphine, moi ! ». Elle me laissait libre de- du traitement ! (E1-L80)

Des efforts insoutenables

Si elle faisait un remplacement de mon propre médecin maintenant j'dis « Bah c'est qu'un remplacement, j'vais prendre ce qu'elle me donne. C'est qu'un remplacement. Après j'aurai ce qu'il faut ». J'la prendrais volon- enfin j'la prendrais... comme ça, quoi. Mais j'chercherais plus, c- comme j'la connais, j'chercherais plus. (E1-L517)

Une prise de contrôle nécessaire

Quand j'ai compris comment elle fonctionnait, je disais « Madame, pensez pas que je peux prendre ça ou ça à la place ? (E1-L264)

Un médecin influençable

Bah, voilà ! Eh bien « Ah bah oui, on peut bien prendre que la moitié, je vais vous en marquer que la moitié ». (E1-L212)

Percevoir l'incertitude : de la négligence par le médecin

Un abandon par le médecin

Bah elle répond pas à ce que je demande, elle répond pas, elle me laisse faire. J'étais vraiment- j'avais l'impression d'être toute seule, de gérer toute seule ma douleur. (E1-L302)

Un désinvestissement total du médecin

« Mais t'es quand même invalide, t'es quand même handicapée. Puis elle te laisse elle te laisse comme ça, « si tu veux ci, si tu veux »... bah je dis « Bah c'est pas croyable ». (E1-L154)

Un manque d'attention par le médecin

[...] J'avais quand-même quelque chose de sérieux et qu'il fallait pas que... qu'il y ait une relève avec n'im... avec un... avec des regards... légers. Enfin, vous voyez ce que je veux dire, avec quelqu'un qui prenne ça à la légère. (E1-L152)

Elle a pas pris... j'ai pas vraiment l'impression qu'elle ait pris ma... mon handicap, ma maladie avec beaucoup de sérieux. (E1-L61)

L'impression d'être incomprise

Elle me demandait pas, en arrivant la seconde fois « Comment ça se passe depuis la dernière fois ? Est-ce que ce supplément de - n'importe quoi - ça vous a réussi ? Pas ? ». Ah non, elle le demandait pas. « Vous voulez que je vous fasse quoi ? Vous voulez que je vous dise quoi ? ». (E1-L304)

Une absence de relation

J'avais plus d'attention avec l'infirmière chef. Je pouvais lui dire et partager plus avec elle qu'avec le médecin. C'est pas qu'elle avait pas le temps, le médecin, mais... on avait l'impression qu'elle connaissait pas, qu'elle savait pas quoi, que... (E1-L393)

Une rancœur du patient envers le médecin

« Mais t'es quand même invalide, t'es quand même handicapée. Puis elle te laisse elle te laisse comme ça, « si tu veux ci, si tu veux »... bah je dis « Bah c'est pas croyable ». (E1-L154)

Percevoir l'incertitude : la nécessité de fuir un médecin imposteur

Une confrontation avec son idée « médecin normal »

Bah j'pense que le cursus- les études est assez long et que les spécialités sont assez longues, qu'un médecin peut quand-même... encadrer une douleur c'est quand-même pas... (E1-L455)

Une médecine générale (sic) est quand-même... en é- en capacité de répondre- (E1-L350)

« Mais, enfin, elle est médecin, elle doit bien quand-même savoir ! ». (E1-L244)

Mais je pense qu'il y a quand-même un potentiel de réponse et de... qui doit être possible chez eux, je sais pas... ayant déjà vécu d'autres cas de vie professionnelle, c'est ça. C'était pas tout nouveau pour cette médecin, ce que j'avais c'était pas nouveau pour elle. (E1-L380)

Un manque d'expérience du médecin

J'avais l'impression d'être un cas exceptionnel dans la maison. J'ai dit mais (incompréhensible), moi j'ai vu dans les hôpitaux, il y a quand-même pas que moi, il y en a d'autres qui étaient traités en anti-douleur. (E1-L340)

Je sais qu'elle exerce depuis des années, mais j'avais l'impression qu'elle commençait sa profession. Elle exerce depuis des années, je le sais. (E1-L578)

Un manque de crédibilité du médecin

Je sais pas si je m'explique mal, je sais pas, mais j'avais l'impression qu'elle connaissait pas. Elle me traitait mais elle connaissait pas cette affaire. J'avais l'impression... (E1-L229)

Une confiance impossible en le médecin

J'étais pas sécurisée avec elle. C'est drôle, mais j'étais pas sécurisée. (E1-L587)

Un motif de changement de médecin

Elise : La situation qui vous a amenée à changer de médecin traitant ? Vous m'avez dit devoir-

Monique : Bah c'était l'incertitude justement. (E1-L27)

Un regret de ne pas avoir fuit plus tôt

Mais je l'ai gardée, remarquez, je l'ai gardé un an, hein, quand-même. Un an et demi. (E1-L157)

Percevoir l'incertitude : un désaccord avec ses propres certitudes

La conviction que l'incertitude du médecin est infondée

Je suis pas un cas exceptionnel, les algoneuro il y en a de partout. Au genou, à la cheville... Il y en a de partout des algoneuro ». Donc un médecin généraliste, même s'il le pratique pas des traitements particuliers pour ça, il doit quand même avoir un petit... aperçu. (E1-L233)

[...] Mais les algoneuro, c'est quand-même des traitements identiques pour les uns que pour les autres, enfin... une algoneuro se soigne par des anti-douleurs ! (E1-L252)

Une contradiction avec ses certitudes fondées sur un savoir professionnel

Comme j'ai quand-même fait quarante-deux ans de... métier infirmière, de soins, donc je savais quand-même les inconvénients, les avantages de certains traitements. (E1-L201)

Une démarche du médecin insaisissable

J'avais un petit aperçu, quand-même, pour les avoir donnés et avoir fonctionné avec. Alors, je me disais, « Quand-mê-, elle me met à l'Aprovel®, médicament Aprovel®, j'ai une tension qui est à neuf ou à dix; est-ce-qu'elle va continuer à mettre cette dose d'Aprovel® ? ». Je lui ai demandé un jour « On peut pas baisser un petit peu ? Parce qu'à neuf, moi je vais plus tenir debout, hein ! ». (E1-L205)

Percevoir l'incertitude : un espoir encore permis

Une certitude qui ôte tout espoir

Et le jour où le médecin, le deuxième médecin généraliste m'a dit, ça passe en chronique, vous savez, j'ai eu mal, hein. Maladie chronique, avoir mal jusqu'au bout ? C'est affreux... (E1-L415)

Oh, ça m'a fait mal. Mais maintenant je sais que j'en ai pour jusqu'à... bah jusqu'au bout, quoi. J'ai plus d'espoir de guérir. J'ai plus d'espoir. (E1-L420)

Percevoir l'incertitude : une situation stagnante

Une inertie du médecin

Bah rien de changé je continuais en laissant encore comme ça, en laissant encore comme ça. « Continuez, on va voir ». (E1-L564)

Une issue dans la résignation

Oui, les dernières fois que j'y suis allée, j'me suis dit « J'y vais ou j'y vais pas, c'est pas la peine, je vais remonter pareil ». (E1-L700)

➤ **Table des thèmes de Nicolas**

Percevoir l'incertitude : un premier temps de déception effacé par une prise de recul du fait de sa profession

Une déception

Un peu embêté au début, puisqu'on va le voir pour avoir une réponse et puis... Alors à l'époque, moi ça m'avait pas choqué, parce que du coup, il m'avait orienté chez quelqu'un. Enfin, la solution c'était pas... j'attendais pas forcément de réponse en fait, j'attendais d'avoir un... qu'on m'envoie vers la solution. (E2-L61)

Une incertitude assumée déstabilisante

« Je n'ai aucune idée de si ça marche ou pas, il y a pas beaucoup de recul, il y a quelques études » et il m'avait parlé « d'essayer ». Et c'est vrai, c'est un mot dans la bouche d'un médecin traitant, « Est ce qu'on essaie ça ? », ça fait... c'est un peu étrange, on s'attend à avoir une stratégie, une démarche « On va faire ça comme ça comme ça ». (E2-L294)

Une prise de recul avec un deuil de l'image du médecin omniscient

Après, c'est vrai, que des fois on voit le visage de patients qui se décompose(nt) un petit peu quand on leur dit ça, parce que c'est pas la réponse qu'ils attendent. Moi, voilà, j'ai probablement... Le biais, c'est que je travaille dans la santé donc j'y suis confronté dans mon quotidien et du coup, je suis pas... j'ai pas d'attente inespérée quand je vais voir mon médecin. Qu'il doute ça ne me choque pas et ça a plutôt tendance à me rassurer. (E2-L85)

Une influence par ses expériences professionnelles d'incertitude

Dans le travail au quotidien, l'incertitude, en fait, on la vit de l'intérieur donc on sait ce qui peut... ce qu'il y a derrière, toutes les réflexions, toutes les hypothèses diagnostiques et... (E2-L79)

La relativisation de l'incertitude du médecin

Il savait pas et bien tant pis. (E2-L335)

Percevoir l'incertitude : une situation tolérée chez un médecin généraliste

Une situation banale

Non, pour moi, c'est un événement comme un autre. (E2-L167)

Euh, pour moi, c'est quelque chose de naturel. (E2-L29)

[...] Ça n'a pas choqué outre mesure que mon médecin traitant me renvoie chez quelqu'un d'autre en me disant « je ne sais pas, j'hésite ». Ça n'a pas choqué voilà. (E2-L107)

Une incertitude légitime du médecin dans la complexité

Dans le milieu du sport c'est pareil, il y a des pathologies qui peuvent être un peu compliquées, avec des diagnostics qui sont parfois un peu tardifs, c'est sur des douleurs qui peuvent être diffuses ou des choses... et donc dans le milieu sportif dans lequel j'évoluais ça n'a pas choqué outre mesure que mon médecin traitant me renvoie chez quelqu'un d'autre en me disant « je ne sais pas, j'hésite ». (E2-L104)

Une indulgence avec son médecin

Parce qu'à mon sens ça rentre pas forcément... la traumato c'est compliqué. Il y a certains médecins généralistes qui en font et ceux qui en font, font souvent beaucoup de ça, pour ne pas dire plus que ça. Et que, pour moi, c'est pas son rôle. C'est son rôle de médecin, il faut que j'aie le voir, que je le lui en parle, mais qu'il ne sache pas ça ne me choque pas, quoi. (E2-L172)

Un droit à l'incertitude accordé

C'est pas que je préfère aller chez un spécialiste, je dis bien. C'est que s'il ne sait pas, ça ne me choque pas d'aller chez un spécialiste, voilà. (E2-L179)

Une prise de défense de son médecin

J'y ai repensé à cette situation, parce que, bon, ça marque un petit peu, et c'est... je vais pas dire pardonnable, parce qu'il n'y a rien à pardonner, mais c'est quelque chose de compréhensible ce qui s'est passé, ça m'a pas... (E2-L225)

La reconnaissance des limites de la connaissance du médecin

(Parlant de sa colère dans la situation d'incertitude)

Mais alors, encore une fois, c'est pas contre mon médecin traitant parce que c'était clairement pas dans son domaine d'expertise donc c'était quelque chose de compréhensible. (E2-L129)

L'attente d'un savoir de sa personne plutôt que sur la médecine

Ce que j'attends du médecin généraliste, c'est pas qu'il sache tout sur la médecine, parce que c'est très vaste, mais c'est qu'il en sache le plus possible sur moi. (E2-L184)

Percevoir l'incertitude : le témoignage de qualités du médecin généraliste à travers sa franchise face à l'incertitude

Un témoignage de curiosité

Pour moi, qu'il soit pas sûr c'est qu'il se pose des questions, oui. C'est plutôt une bonne chose. (E2-L34)

Un témoignage de rigueur

Je préfère quelqu'un que je vois qui se pose des questions, plutôt que quelqu'un qui réfléchit pas à ce qu'il fait et qui va dérouler sur la chose la plus évidente sans regarder ce qu'il y a autour, voilà. (E2-L29)

Le témoignage d'un investissement dans l'intérêt du patient

Il a proposé quelque chose de plus classique, qui correspondait un peu moins, parce que j'étais assez dépendant, donc c'est plus difficile. [...] Mais voilà, Il est retourné sur quelque chose de plus classique. Mais le fait de m'avoir proposé d'essayer, c'était plutôt quelque chose de... ça montrait qu'il avait de la curiosité sur des nouvelles choses et c'était plutôt quelque chose de positif pour moi. (E2-L329)

Le témoignage du respect du médecin pour ses attentes : son besoin de comprendre

De verbaliser l'incertitude, un médecin ou un soignant va pas le faire avec tout ses patients. Je pense que c'est quelque chose que le médecin dose en fonction du lien qu'il a avec lui, de la durée du lien, du niveau socio-éducatif de la personne à qui il s'adresse. Et du coup, moi c'est quelque chose que

j'aimais bien. C'était de discuter de la prise en charge, qu'il m'explique pourquoi. (E2-L257)

Percevoir l'incertitude : une étape bénéfique pour le patient

La première étape vers la solution

Ça m'évoque qu'il a une incertitude diagnostique, donc soit qu'il va attendre d'autres résultats, soit qu'il ne sait pas et qu'il va se tourner vers un spécialiste pour trouver... (E2-L25)

Etre orienté vers un spécialiste est l'issue naturelle de l'incertitude.

C'est que s'il ne sait pas ça ne me choque pas d'aller chez un spécialiste, voilà. (E2-L180)

Un moyen de se préparer à une mauvaise nouvelle, de comprendre l'erreur

Parfois, c'est peut être préférable, parce que quand il s'est avéré qu'il ne savait pas, au moins on le sait. Je pense que ce qui a pêché dans cette situation c'est qu'il savait pas et qu'il l'a peut être pas assez dit ou qu'il l'a peut être pas assez fait comprendre aux membres de ma famille. De dire qu'il n'avait pas la réponse. Et ça je pense que c'est ça qui a fait la petite fêlure dans la relation qu'il avait avec certains membres de ma famille. (E2-L235)

Le défaut de divulgation est une erreur

Il l'aurait dit clairement, il aurait été plus... il l'aurait dit clairement qu'il ne savait pas etc. plutôt que d'attendre et de chercher sans verbaliser son incertitude. Les choses auraient été un peu plus préparées pour l'annonce du diagnostic. Alors qu'ensuite, c'est tombé comme un coup de masse et qu'en fait on n'a jamais su les questions qu'il s'était posées, lui. (E2-L242)

Il l'a peut être pas assez dit ou qu'il l'a peut être pas assez fait comprendre aux membres de ma famille. De dire qu'il n'avait pas la réponse. (E2-L237)

Une protection contre le risque d'erreur : incertitude vs certitude

Après, c'est personnel, mais je préfère quelqu'un que je vois qui se pose des questions plutôt que quelqu'un qui réfléchit pas à ce qu'il fait et qui va dérouler sur la chose la plus évidente sans regarder ce qu'il y a autour voilà. (E2-L29)

Mais pour moi, la certitude c'est plutôt une mauvaise chose. C'est quand on a trop de certitude qu'on passe à côté de... dans le diagnostic différentiel qu'on va passer à côté de certaines choses qui paraissent pas forcément évidentes. (E2-L93)

Une lisibilité rassurante de la démarche du médecin

Qu'il doute ça ne me choque pas et ça a plutôt tendance à me rassurer. Pour moi c'est qu'il se questionne. S'il doute donc c'est qu'il se pose des questions sur le problème. (E2-L89)

Percevoir l'incertitude : Dans la continuité d'une relation de confiance

Une relation de confiance immuable dans l'incertitude

Mais j'ai toujours eu une relation de confiance avec lui, mais ça n'a pas entamé cette relation de confiance. (E2-L164)

Pour moi, c'est un événement comme un autre et ça n'a pas changé la relation qu'on avait, non. (E2-L167)

Un témoignage d'une relation privilégiée

Oui, ça m'a fait sourire et lui aussi ça l'a fait sourire. Si il commence pas par essayer sur certains de ses patients, il saura pas ce que ça va donner donc... (E2-L311)

Je pense que le fait de verbaliser l'incertitude, un médecin ou un soignant va pas le faire avec tous ses patients. Je pense que c'est quelque chose que le médecin dose en fonction du lien qu'il a avec lui, de la durée du lien, du niveau socio-éducatif de la personne à qui il s'adresse. (E2-L257)

➤ Table des thèmes de Daniel

Percevoir l'incertitude : l'envahissement par la peur du cancer

Une crainte de la maladie grave

Mon incertitude à moi, c'est-à-dire je ne sais pas ce qui va en ressortir de cette affaire. Imaginons que j'ai un problème. (E3-L150)

Continuer l'exploration. Sainement, enfin sainement j'espère (rire forcé). (E3-L119)

La menace envahissante du cancer

Y a un gros point d'interrogation. Savoir si c'est une hémato-machinchouette ou si c'est peut être un cancer ou si c'est peut être... voilà. (E3-L17)

Ça peut être ça, ça peut être ça, et parmi le « ça », ça peut être un cancer.

Bon, c'est pas rassurant ! (E3-L92)

Des peurs trop importantes pour les partager

On va pas semer le merdier dans la tête... (E3-L162)

Un besoin de maîtrise de son incertitude

Par exemple, maintenant là, j'ai des problèmes, je suis allé sur internet. Et puis ils disent des choses qui sont pas terribles, terribles. (E3-L90)

Un besoin de faire face dans son incertitude

Et puis je fais pas mal de relaxation, méditation. Je m'inscris dans le présent, cool ! (expiration forcée) (E3-L163)

Percevoir l'incertitude : le sentiment de former un duo avec le médecin dans l'adversité

Une alliance dans l'incertitude

[...] Il m'a dit : « Faudra repasser me voir et puis on pourra discuter ». Donc à mon avis ça, ça traduit une certaine incertitude et ça prend en compte moi,

mon incertitude à moi, c'est à dire je ne sais pas ce qui va en ressortir de cette affaire. Imaginons que j'ai un problème et puis que je veuille en parler, je peux aller le voir et en discuter avec lui. (E3-L148)

Une absence de tabou grâce à un médecin honnête

Mais j'ai bien vu que ça a merdé et puis il a pris son téléphone, il a téléphoné à un collègue et ils ont un peu discuté, comme ça, là, devant moi. (E3-L108)
Et ce qui me rassure, c'est quand le médecin joue le jeu et qu'il est clair en terme de pratique. Et là c'est ce qui se passe. (E3-L213)

Une préservation du libre arbitre

[...] Il essaie pas de m'embobiner, de me faire accepter des choses que j'ai pas envie d'accepter. (E3-L224)
Le personnage qui vous dit quelque chose et qui vous regarde bien dans les yeux, vous savez, comme je vous fais maintenant, pour vous convaincre. Vous êtes là, vous êtes paralysé et puis vous acceptez. (E3-L68)
C'est pas un gourou, c'est un médecin. (E3-L180)

La possibilité d'un débat d'égal à égal

[...] S'il n'y a pas l'incertitude pour construire cette relation sociale, c'est-à-dire avec des hypothèses : moi je t'ai mis une hypothèse et toi tu m'as remis la tienne et on fait un échange là-dessus et on construit et on bâtit à partir de nos incertitudes une troisième famille d'incertitude qui nous sont communes et bien la société ne peut pas fonctionner. (E3-L288)
J'ai mes certitudes et je viens discuter avec Pierre, Paul, Jacques avec mes certitudes. Point. Et bien non ça fonctionne pas. Au niveau de la relation c'est bloqué. (E3-L299)

Percevoir l'incertitude : le départ d'une exploration vers une réponse fiable

Un médecin explorateur

Parce que ça veut dire qu'en face de moi j'ai un mec qui - enfin une personne, là c'est un mec parce que c'est un bonhomme - mais qui se pose des questions, qui est pas toc toc toc (mime une ligne droite avec la tranche de sa main). (E3-L45)

Une exigence scientifique rassurante

On est obligé de faire des hypothèses. Et l'hypothèse, c'est parce qu'il y a incertitude. Et je trouve que quelqu'un qui travaille comme ça, ça me rassure. (E3-L52)

Une ouverture aux investigations poussées

Et il a téléphoné à un de ses collègues pour avoir son avis, un gastro. Et puis avec le gastro ils ont dit « Mais il faudrait qu'il fasse ça, ça ... ». (E3-L40)
Incertain et donc il a ouvert des voies qui vont permettre de continuer l'exploration. (E3-L119)

Un parcours guidé

Donc le truc du foie, l'IRM, une nouvelle analyse au bout d'un mois et puis IRM éventuellement. Moi, cette démarche là ça a pour effet de me rassurer. (E3-L41)

La crédibilité d'une recherche collégiale

Bon et ben, je me suis dit ce gars là, c'est bien ça va ! Y a pas que lui, y a tout les autres. (E3-L110)
Mais après, je quitte ce personnage et puis je vais voir quelqu'un qui va me faire un IRM et puis et donc... et donc oui y a un croisement entre individus qui est sain quoi. C'est plus un bonhomme, c'est un système. (E3-L120)
Sa baguette magique c'est le collègue. (E3-L113)

Percevoir l'incertitude : une considération indispensable de l'incertitude par le médecin

Une inévitable incertitude

Est-ce que vous sentez maîtriser la Science (insiste sur le mot) qui permet à un médecin généraliste de fonctionner? [...] C'est impossible, c'est impossible, c'est absolument impossible. (E3-L194)

Et faut pas se leurrer, personne n'est capable de maîtriser complètement (insiste sur le mot) un domaine de la connaissance. C'est pas vrai, c'est pas vrai. (E3-L205)

Une considération de l'incertitude par médecin

Manifestement, je l'ai senti très incertain quant au diagnostic et au pourquoi comment et puis qu'est ce qu'il faut faire. (E3-L38)

Il le porte dans son comportement. Vous savez, quand vous avez un mec qui regarde votre analyse, qui fronce les sourcils, qui est vachement emmerdé. Il discute un peu et puis à un moment donné il prend le téléphone : « Ecoutez je vais téléphoner à un collègue ». Tout est dit là ! (E3-L217)

L'occasion de distinguer le vrai médecin de l'imposteur manipulateur

Oui c'est rassurant je trouve, parce que c'est quelqu'un, c'est un scientifique quoi, c'est pas un magicien. Le magicien, il doute pas de lui, il est dans la magie, voilà. (E3-L61)

Le personnage qui vous dit quelque chose et qui vous regarde bien dans les yeux, vous savez, comme je vous fais maintenant, pour vous convaincre. Vous êtes là, vous êtes paralysé et puis vous acceptez. Ça, ça relève d'une partie de magie. C'est le psychosomatique, c'est l'effet placebo du médecin. Et puis il joue avec ça. (E3-L68)

Le bienfait général de la prise en compte de l'incertitude

[...] Je vous invite, vous, à être très branché sur l'incertitude et de vous remettre en question. Etre dans l'incertitude, c'est être capable de se remettre en question. Et ça c'est très salubre. Pour tout le monde d'ailleurs. (E3-L275)

Une protection contre l'erreur

Et je pense quand même que quand on analyse, on prend conscience de son incertitude, son incapacité à être sûr, ça réduit les probabilités de se tromper.

Je pense. (E3-L264)

C'est quand on est trop sûr de soi, c'est-à-dire qu'on sort de l'incertitude, qu'on commet... (E3-L265)

Percevoir l'incertitude : un univers scientifique familier rassurant

Une démarche familière en analogie avec sa profession

Je trouve que ça va bien avec moi, ma démarche scientifique, voilà. (E3-L48)

[...] Le médecin, c'est un technicien. C'est ce côté scientifique rationnel, moi, ça me... c'est ma culture, moi. (E3-L184)

Un réconfort dans la démarche familière

Moi, je suis plutôt écologie, biologie végétale donc je peux vous analyser ce paysage en tant qu'espace végétal. On est obligé de faire des hypothèses. Et l'hypothèse c'est parce qu'il y a incertitude. Et je trouve que quelqu'un qui travaille comme ça, ça me rassure. Peut être parce que je m'y reconnais. (E3-L50)

Moi ça me met à l'aise, ça me met à l'aise. (E3-L103)

Moi je suis scientifique de formation donc je trouve ça très rassurant d'avoir un individu qui est pas sûr de lui. (E3-L36)

➤ Table des thèmes de Philippe

Percevoir l'incertitude : de la déception à l'indulgence vis-à-vis du médecin

Une déception immédiate

Alors, ça m'a affecté en me disant... sur le coup, ça m'a affecté, elle m'a dit, elle a pas trouvé. (E4-L475)

Donc sur le coup, c'est vrai, vous restez un petit peu sur votre faim. (E4-L479)

Une remise en question des compétences du médecin

Vous vous dites, bah bon Dieu, c'est pas possible, elle est médecin, elle a pas trouvé que ce j'ai, euh... (E4-L480)

Un inconfort partagé qui appelle à l'indulgence

Et puis, humainement, le doute, c'est dur, quoi. [...] Même pour un médecin qui est en charge, et qui se sent responsable de la santé de ses patients, quoi. (E4-L394)

Mais tout le long, si vous voulez, toute cette période où, moi, j'ai douté, avec des phases d'oscillations, où je pense aussi que le médecin généraliste, lui, a douté aussi, ou alors s'est posé énormément de questions, « Qu'est-ce qu'il a celui-là ? ». (E4-L664)

Une empathie pour le médecin dans la crainte de l'erreur

Bon bah, tout de suite, elle me fixait un rendez-vous au retour du spécialiste. Voilà. Donc, automatiquement, là on sent bien que y'a... de son côté, y'a... bon, au début, on se dit « C'est une curiosité de savoir ce que j'ai ». Mais en fin de compte c'est pas une curiosité, quand on est médecin, c'est un doute, « Est-ce qu'on a fait le bon pronostic, est-ce je suis passé à côté de quelque chose ? ». (E4-L560)

Une volonté de relativiser l'incertitude du médecin

[...] Le lendemain matin, vous partez pas sur la même optique. Vous vous dites : « Bon, elle a pas trouvé, elle m'a dirigé vers un spécialiste, bah ... c'est comme ça. ». Voilà. Donc, là, en fin de compte, c'est euh... elle est assez- elle est allée au bout de ses investigations, mais vous vous faites une raison, donc ça, c'est tout à fait normal. (E4-L483)

Percevoir l'incertitude : un anéantissement en lien avec la révélation violente de ses peurs

Un point de rupture

Ah bah là tout s'écroule hein. (E4-L600)

[...] A partir du moment où vous êtes euh... vous avez mal au ventre, on trouve pas ce que vous avez; là y'a un impact psychologique qui est important, parce que là, là, là vous... bah là c'est- là ça s'arrête, on commence à... (E4-L780)

La prise de conscience de sa vulnérabilité

C'est vrai que là elle a douté. Moi je commençais à me faire du souci parce que quand vous arrivez à peu près à cinquante et un ans, quand vous commencez à avoir des douleurs comme ça, surtout au niveau du colon, bon (bruit aspiré) donc gros coup de cafard. (E4-L127)

L'envahissement par le pressentiment insupportable d'une maladie grave

Est-ce que c'est grave ? Elle trouve pas, est-ce que... [...] Si vous trouvez quelque chose (siffle) là, ça peut être grave. Si elle trouve. Donc là aussi, c'est un autre doute. Donc c'est pour ça que je préfère que le médecin fasse ça en aparté, de son côté. (E4-L950)

Ça m'a porté sur le moral parce que bon, bah c'est un choc, hein. Ah « Qu'est-ce qui m'arrive ? ». (E4-L597)

[...] Ça m'arrive de temps en temps où ça coince un peu ça me fait mal. Mais là, c'est jamais resté plié à plus bouger, hein ! Les pompiers sont venus me chercher on m'a dit au pied du mur oh la première fois quand ils m'ont embarqué, hein. J'arrivais plus à respirer plus rien, vraiment le truc, euh grave. Et, le fait c'est qu'elle ait douté, qu'elle ait pas trouvé euh... (E4-L212)

La révélation d'une crainte de l'erreur

Par contre, dans le doute, il faut pas qu'il fasse d'erreur. (E4-L344)

Une peur dans le dépassement des compétences du médecin

Et là, je me suis aperçu que là bah le médecin malheureusement, a fait toutes les hypothèses qu'elle a... qu'elle a envisagées... (inspire puis laisse tomber ses mains sur la table) Pas de réponse au bout. (Bruit de langue) donc là, l- le doute. Le doute pour moi. (E4-L267)

Une mise à rude épreuve du patient

Là, j'étais vraiment en phase descendante, là ça m'a peut-être remis dans une phase euh... enfin, descendante, ça m'a peut-être remis au début, sur une barge pour ré-attaquer une phase ascendante. (E4-L606)

Voyez, c'est de l'alternatif, y'a un coup en haut, un coup en bas et ainsi de suite. (E4-L618)

On est resté un petit peu dans le doute pendant un moment, à savoir ce que j'avais et moi aussi, donc là ça a joué sur le moral ça a joué un petit peu sur ma pêche que j'avais d'habitude. (E4-L133)

Un besoin de faire face

Ah, bah j'ai pris ça un petit peu à la dérision, parce que c'est un petit peu mon côté qui me remonte le moral. (E4-L962)

Percevoir l'incertitude : un besoin accru de réassurance par le médecin généraliste, impossible à combler en l'absence de diagnostic

Une attente impérative d'être rassuré par le médecin

Je sentais bien qu'elle doutait un petit peu, hein. Mais c'est aussi son rôle de booster un petit peu le malade. (E4-L552)

Il y a la façon de parler aussi, de présenter les choses, le patient, faut pas l'affoler. (E4-L605)

[...] Je suis allé la voir souvent. Hein, d'abord parce que j'avais un gros coup au moral. Donc si je suis allé voir mon médecin c'est pour qu'elle me remonte un petit peu le moral. Je l'avoue hein. (E4-L150)

Une menace permanente de la maladie grave

Mais le fait de dire, « Bon bah si on rien trouvé, c'est que c'est ... c'est que c'est pas grave ou y'a rien. ». Bah, ça, ça vous remonte le moral ! Mais ça vous laisse tout de même un doute. (E4-L503)

Une réassurance impossible en l'absence de diagnostic précis

Donc si je suis allé voir mon médecin, c'est pour qu'elle me remonte un petit peu le moral. Je l'avoue hein. Voilà. Donc là le médecin généraliste a douté et a douté autant que moi. Voilà. Vous comprenez un petit peu ce petit problème qui y'a eu. (E4-L151)

Ne pas savoir tout de suite, euh... Fin pas tout de suite je veux dire, non mais moi qui suis... mais attendre quatre mois (insiste) pour euh... pour tr- pour dire « Bah, M'sieur, vous avez rien (insiste) ». Et ne pas savoir toujours à quoi c'est dû ! C'est ça le problème. (E4-L242)

Percevoir l'incertitude : l'attente d'une démarche performante du médecin pour trouver la solution

La représentation d'une méthode familière

Mais, moi par exemple, quand je regarde des plantes, ou j'ai un souci sur un arbre, ou sur une panne de machine, bah je commence par la même chose. (Dessine un algorithme du tranchant de la main) Bon ça peut être ça. Une fois que c'est ça, qu'est-ce qu'on regarde ? C'est ça ou c'est pas ça. Ça marche ou ça marche pas. (E4-L998)

La représentation d'un algorithme déployé par le médecin

[...] Mais bon, vous avez bien un protocole ! Enfin, je présume, hein. Dans une démarche un petit peu scientifique de recherche, on arrive bien à trouver euh... une arborescence, on a un symptôme et puis après on va arriver à créer différents protocoles, pour arriver à différentes hypothèses puis des solutions. Donc y'a des hypothèses et est-ce que c'est la bonne hypothèse ? Donc, c'est la bonne solution. (E4-L1040)

[...] Bon bah elle, elle a un cheminement intellectuel. Euh... et puis après si vous arrivez à comprendre un petit peu son- elle vous explique, hein, comment elle chemine, quoi (mime du tranchant de la main) « C'est pas ci, c'est pas ça, c'est ça, il peut y avoir ça. » donc, elle vous déroule un petit peu son cheminement intellectuel. Et puis en fin de compte, vous rattrapez le train. (E4-L720)

Une obligation de résultats

J'en sais rien - après bon bah c'est à lui, vous lui remettez votre santé dans les mains, ou vos problèmes, hein. D'ordre physique ou moral ou j'en sais rien, tout ce que vous voulez... et après, c'est à lui de trouver une solution, de façon à vous remettre sur pied. Ou dans l'axe. (E4-L492)

Percevoir l'incertitude : une impuissance du médecin à trouver le diagnostic malgré une bonne méthode de recherche

L'impasse à l'issue d'une investigation méthodique scientifique

Voilà, après cette situation de mal au ventre, je me suis aperçu tout de même c'était un bon médecin, parce que elle est arrivée à... elle est arrivée à- elle a bien résolu le problème en fin de compte. Le déroulé était tout-à-fait euh... (E4-L821)

Une persévérance louable qui traduit un professionnalisme du médecin généraliste

Vous vous dites, « Bon, elle a pas trouvé, elle m'a dirigé vers un spécialiste, bah... c'est comme ça ». Voilà. Donc, là, en fin de compte, c'est euh... elle est assez- elle est allée au bout de ses investigations, mais vous vous faites une raison, donc ça, c'est tout à fait normal. (E4-L484)

Je pense qu'elle a douté, mais elle a pas dû faire d'erreur, elle a, elle a... moi je pense qu'elle a bien réagi, c'est-à-dire qu'elle est allée vraiment euh... comme je vous disais jusqu'à la limite de ses compétences. (E4-L361)

[...] Sa démarche était très professionnelle, parce qu'elle est allée jusqu'au bout de ses investigations. Jusqu'à la limite de ses compétences. (E4-L408)

Un épuisement inéluctable des compétences du médecin généraliste

[...] Elle est arrivée à un seuil où c'est plus de son domaine, c'est-à-dire que c'est vraiment un spécialiste. (E4-L366)

Une humilité remarquable du médecin généraliste

[...] Elle a su s'arrêter à un moment donné où elle est arrivée à la limite de ses compétences, ce qui est tout-à-fait normal. (E4-L828)

Le dépit d'une enquête infructueuse.

Tout un tas de questionnements pour arriver euh... elle est arrivée, bah en fin de compte dans une impasse. (E4-L316)

Percevoir l'incertitude : Une épreuve dans la relation : de la méfiance à la confiance

Une remise en question de la rigueur de son médecin

Est-ce qu'elle a pas oublié quelque chose, est-ce que ? (E4-L304)

Un doute sur le raisonnement du médecin

Moui, elle m'a dit, « Bon ça peut être euh... ça peut être euh une irritation de colon, ça peut être vous avez fait un geste brusque, vous avez l'intestin qui s'est tordu, elle m'a dit ça peut être des polypes. » Bon mais des polypes... Si j'avais eu des polypes, j'aurais peut-être eu des saignements. (E4-L275)

Un effort pour ne pas céder à l'envie de changer de médecin

Si le généraliste doute, on peut- moi je peux pas lui en tenir rigueur. Parce que j'ai peut-être un côté humain - bon, que n'auront peut-être pas d'autres patients, des fois les paniques qu'il y a dans les urgences, avec d'autres médecins; y en a y trouvent pas, ils vont voir un autre médecin. Hein, bon. Moi, je suis pas allé voir un autre médecin. Voilà. (E4-L400)

Une épreuve qui teste le médecin

Si le médecin a pas trouvé, y'a toujours deux solutions. C'est que soit il faut pousser plus les investigations, soit c'est que le médecin est nul. Entre guillemets, hein. (E4-L982)

La fondation d'une relation de confiance par la capacité du médecin à investiguer

[...] C'est là qu'on s'aperçoit justement qu'on peut s'appuyer sur un généraliste. Parce qu'il a pas lâché le morceau, quoi. (E4-L376)

Percevoir l'incertitude : un sentiment gratifiant d'être un cas particulier

Une fierté d'être un cas particulier

[...] Je pense aussi de son côté y'a eu des questionnements « Qu'est-ce qu'il a ? ». Donc c'est un cas. Et je pense que les cas, ça vous intéresse ? (E4-L378)

Un sentiment d'être utile au médecin

Pour un médecin aussi, le doute ça lui permet sûrement de peaufiner par la suite après un diagnostic avec tous les patients qu'il peut avoir et de mettre en place peut-être des méthodes, des protocoles, pour justement... (E4-L392)

[...] Parce c'était encore un jeune médecin - je pense que ça bah ça fait partie aussi de l'empirisme. Bah, voilà, ça elle va le garder en mémoire, peut-être ce protocole. Tout ce qui s'est passé. Alors si ça arrive à plusieurs patients, je pense que c'est comme ça que vous médecin vous arrivez à construire... (E4-L580)

Une expérience individuelle pour une utilité collective

Alors si ça arrive à plusieurs patients, je pense que c'est comme ça que vous médecin vous arrivez à construire... Enfin je sais pas, je suis peut-être dans l'erreur la plus totale. Je sais pas. Voilà c'est pour ça, en fin de compte euh... le doute ne fait pas reculer, au contraire, permet d'avancer. (E4-L582)

➤ **Table des thèmes de Nicole**

Percevoir l'incertitude : la routine d'être adressé chez le spécialiste

Le synonyme d'être adressé chez le spécialiste

Quand il sait pas, il (sic) sait qu' il nous dit: « Bon, j- là c'est hors compétences, vous allez voir plus loin ». (E5-L6)

Une situation banale

Quand il voit qu'il y a un petit truc, il me dit, « Bon. On va peut-être prendre rendez-vous avec le cardio ». Mais enfin, pas spécialement affolé, ni rien du tout, hein. Il préfère quand même euh... (E5-L317)

Bon bah de toute façon pour le- au point de vue cardio, euh... il nous envoie tout de suite vers le spécialiste dès qu'il sent qu'il y a quelque chose qui... qui va pas, quoi. (E5-L123)

Une solution assurée chez le spécialiste

Il nous envoie vers le spécialiste en nous disant « Bah, lui il vous donnera quelque chose de plus précis ». (E5-L109)

Une absence de gêne pour le médecin

Non, il était... si vous voulez, il était calme et tout ça. Non, il était ni stressé, ni rien du tout. Euh... bon bah il s- si vous voulez, pour lui c'était hors compétences, en fait. (E5-L197)

Percevoir l'incertitude : un médecin généraliste sous l'autorité du spécialiste

La limite normale des compétences du MG

Pour lui c'était hors compétences, en fait. (E5-L198)

Une humilité du médecin par rapport à son savoir limité

Vu que j'avais un traitement hypertension, il savait pas comment euh... m- a-introduire en fait les médicaments pour le cœur. Il préférait avoir l'avis d'un... de quelqu'un qui était plus au courant. (E5-L187)

Une forme d'honnêteté du médecin qui assume ses limites

C'est bien, parce qu'en fait, on sait qu'on peut avoir confiance en lui, quand il sait pas, il (sic) sait qu'il nous dit: « Bon, j- là c'est hors compétences, vous allez voir plus loin ». (E5-L5)

Une mise en retrait du médecin

Il passe la main. (E5-L253)

Une confirmation nécessaire par un spécialiste

Il a dit « Bon bah là, il faut peut-être aller voir le médecin- le- le- le cardio, pour voir si c'est ça ». (E5-L160)

Une autonomie limitée du médecin

Il m'a dit « Bon bah là euh... vous allez voir le cardio, moi je peux pas prendre la décision de vous donner un traitement sans que vous ayez vu le cardio ». (E5-L182)

Un médecin qui se laisse guider par le spécialiste

Quand il est pas sûr de- de- de ce qu'il va donner [...] il préfère passer la main à quelqu'un qui saura plus que lui et donc il commence le traitement, puis lui, après, bah il suit. (E5-L207)

Une supériorité du spécialiste

Il nous donnera quelque chose. C'est peut-être pas aussi fort que celui que nous donnera le spécialiste... (E5-L111)

Percevoir l'incertitude : une efficacité du médecin dans l'attente du spécialiste

Un dynamisme rassurant du médecin généraliste

Bon bah il sait que euh... y a besoin de quelque chose de plus, d'un avis en plus, donc il demande tout de suite qu- qu'on soit vu euh... je veux dire, il traîne pas, il est- il envoie directement. (E5-L127)

Un bon médecin généraliste

Ah il- il est tr- il est très bien, très bon, très bien, oui oui. (E5-L97)

Une efficacité du médecin généraliste dans l'intérêt du patient

Il cherche pas la petite bête, il envoie directement au médecin- à la clinique. (E5-L252)

Un sentiment d'être prise en main par le médecin généraliste

Donc, euh... quand il voit qu'il y a un petit truc, il me dit, « Bon. On va peut-être prendre rendez-vous avec le cardio ». (E5-L317)

Une prise de décision adaptée par le médecin généraliste

Il avait senti qu'il y a avait quelque chose qui allait pas et que... il a réagi quand même assez bien. (E5-L241)

Une amorce de traitement rassurante par le médecin généraliste

Le truc c'est que quand il est pas sûr, il nous donnera un traitement en attendant. (E5-L106)

Voyez, il agit quand même, c'est rassurant pour nous de savoir que il nous donnera quelque chose. C'est peut-être pas aussi fort que celui que nous donnera le spécialiste, mais euh... ça pallie au... (E5-L110)

Percevoir l'incertitude : une prudence du médecin dans l'intérêt de son patient

Un renoncement du médecin généraliste pour éviter l'erreur

Il savait pas, donc il préférerait donner la main à quelqu'un qui savait, plutôt que de faire une connerie, quoi, en fait. (E5-L201)

Un médecin prévoyant

Quand y'a ma tension qui bouge un peu, qui est pas... qui augmente un petit peu... - peut-être pas beaucoup, mais un petit peu - et donc euh... qu'il sent qu'il y a quelque chose qui va pas, parce que bon, pour mon- pour le cardio, il m'envoyait donc vers le cardio. (E5-L154)

Percevoir l'incertitude : la prise naturelle d'un rôle maternant

Une indulgence pour le médecin

Quand c'est une pathologie nouvelle, qu'il connaît pas, automatiquement, bah c'est sûr que... (E5-L102)

Il peut pas être à fond sur tout. Moi je pense que c'est quand même euh... bon, c'est pas des- c'est pas des dictionnaires médical (sic) ambu- ambulat, hein. C'est, on a beau dire et beau faire, y'a quand même des limites à tout. (E5-L399)

Une prise d'autonomie

Il savait plus- plus faire et bon... comme je le voyais donc euh... je devais voir [nom du néphrologue] au mois d'avril, euh donc ça faisait quand même trois mois et bon euh... Oui. Bon j'ai essayé de téléphoner et... j'ai eu- j'ai essayé d'avoir quelqu'un et il m'a dit « Mais non, y'a rien d'anormal ! » Donc bon, lui il avait dit qu'il y avait rien d'anormal, j'ai dit « Bon bah c'est que c'est bon ! Ça va ! ». (E5-L497)

Le rôle de rassurer son médecin inquiet

Quand j'ai vu [nom du néphrologue], je lui ai dit « Mais, pourquoi ? »-il [son médecin généraliste] était inquiet parce que justement ce problème de- Il me dit « Mais c'est parce que vous avez votre traitement, donc au XARELTO®, qui fait que ça... ça bloque le... le processus et bon bah c'est normal. ». Bon bah là je lui ai dit, quand je lui ai dit, bon... il savait pas ! [...] Mais, là, bon, il savait, il était déjà rassuré parce qu'il savait qu'il y a avait pas... Il y avait pas lieu de trop s'inquiéter, quoi. (E5-L486)

➤ **Table des thèmes de JérémY**

Percevoir l'incertitude : un envahissement soudain par la peur de la maladie

Une désillusion brutale sur son statut de personne en bonne santé

[...] Je vois son regard qui tout d'un coup est observateur et qui dit « oups, qu'est ce que c'est qu'en fait ce truc là ». Et là c'est vrai qu'au premier abord, euh, ce que tu ressens c'est « merde y a un truc bizarre dans mon

électrocardiogramme (rire) », genre c'est pas la petite surprise sympathique.

(E6-L57)

[...] Dans ma tête, il devait regarder et dire « ah oui c'est tout bon ! » et on allait passer à la suite voilà. (E6-L387)

Je peux avoir stressé pendant cinq six minutes parce que je me dis « Oula il se passe un truc bizarre dans mon cœur, comment ça se fait que je sais pas alors que j'ai trente ans ! ». (E6-L448)

Une atteinte à la précieuse santé

Un truc qui est peut être un peu plus intense émotionnellement puisque tu touches à ta santé. (E6-L499)

L'anxiété dans l'anticipation d'un problème grave

Et tant que il y a pas eu la solution, tu penses toujours que... l'incertitude elle est toujours du mauvais côté, parce que c'est la crainte, parce que c'est l'angoisse ou je sais pas, mais elle penche toujours du mauvais côté. Quand tu dis « je sais pas » ça peut très bien vouloir dire « y a rien » ou « y a un problème » mais finalement, toi, dans ta tête, c'est qu'il y a un problème.

(E6-L397)

J'avoue qu'il y a une espèce de petite indécision, puisque sur le coup on se dit « si ça se trouve j'ai un truc grave ». (E6-L76)

Une panique irrationnelle

[...] En temps réel c'était peut être pas long, mais si c'était ne serait ce qu'une minute, où une minute tu vois ton médecin regarder attentivement ton électrocardiogramme, tu te dis, là c'est long, faut quand même qu'y commence à dire quelque chose, quoi. (E6-L390)

Une amplification de sa peur par un médecin apparemment inquiet

[...] Non seulement tu te dis y a un truc bizarre, mais en plus le médecin y sait pas ce que c'est. Il peut pas te dire « c'est bien, c'est normal, vous avez un

problème... ». Là, en toute honnêteté, il a dit « je sais pas ce que c'est ». (E6-L64)

Une situation désagréable qui ne doit pas s'éterniser

[...] Si en plus, cette solution, comme là c'était le cas, peut venir vite et pas avoir une incertitude- parce que [...] l'incertitude pour le patient elle est souvent associée au pessimisme et à... si c'est incertain, c'est plutôt du côté de « ça va mal ». (E6-L441)

Quelque chose pour pas rester sur cette impression qui parfois peut être négative du « je sais pas ». (E6-L527)

Percevoir l'incertitude : l'agréable surprise d'être pour la première fois respecté dans le fait d'entendre l'incertitude de son médecin

La rareté de la verbalisation par le médecin

Je ne crois pas avoir eu de cas comme ça, aussi flagrant. Des fois, ça apparaît entre guillemets que le médecin est incertain, par exemple il peut te dire ah bah là entre guillemets, « ah bah la je pense que vous avez ça, mais j'en suis pas sûr et ainsi de suite ». (E6-L261)

[...] Je crois qu'au contraire, c'était la première fois où j'avais un médecin qui disait « je sais pas ». D'habitude, les médecins... (E6-L119)

Un besoin respecté de maîtriser la situation

C'est inclure le patient dans sa recherche, parce que finalement, à la base finalement, si on revient... Ce que le médecin étudie, c'est ma santé à moi ! Donc quelque part, c'est quelque chose qui m'appartient et la moindre des choses c'est qu'en gros, les informations qu'il trouve qui concernent ma santé à moi, il me les fasse partager. (E6-L225)

Cette solution cachée dans la tête, elle traite de ma santé à moi ! Donc quelque part, j'ai le droit d'être au courant de la solution même si il dit « ça c'est ma solution, c'est mon plan C ». (E6-L293)

Un plan d'action rendu accessible au patient

Une explication où en toute honnêteté il aurait dit « je ne sais, je suis pas sûr, voilà les possibles ». Donc voilà les possibles, voilà un plan de traitement. (E6-L281)

Une gratitude envers un médecin qui ne tente pas de l'arnaquer

[...] La satisfaction d'avoir quelqu'un qui, entre guillemets, qui est honnête avec son patient et essaie pas de faire croire qu'y sait tout quoi. (E6-L115)

[...] L'aspect désagréable de l'incertitude c'est de dire, quand y a un décalage entre la parole où y dit « là on va faire ça » et l'attitude où tu sens en fait qu'il est pas sûr que c'est ça qu'y faut faire. (E6-L308)

[...] Il nous associe et il nous cache pas sa recherche. Ça veut dire quelque part, il pourrait bien dire « attendez je vais réfléchir » tout ça et aller discrètement, je sais pas, regarder sur internet ou appeler le confrère [...] là, y a pas de faux-semblant. (E6-L171)

[...] De pas emberlificoter son patient ou j'en sais rien, mais de dire y a un moment où en toute honnêteté tu sais pas répondre à la question, tu sais pas répondre à la question c'est tout et dis « je sais pas » ! (E6-L522)

[...] Dire « je sais pas » au lieu de faire une réponse à la mords-moi-le-nœud. (E6-L361)

Percevoir l'incertitude : une forme de droiture du médecin dans la verbalisation de son incertitude

Le courage de dépasser un tabou

[...] T'as des professions, là on a les politiques, on a l'impression qu'ils disent jamais « je sais pas », mais c'est aussi un peu le cas des médecins, où je trouve que c'est rare qu'un médecin, il ose (insiste sur le mot) - alors est ce que c'est mal vu par lui-même, est ce qu'il a honte de dire « je sais pas ». (E6-L364)

Un médecin qui prend le risque de se livrer à son patient

[...] Pour moi, c'est le fait de dire euh... je vais pas essayer de faire bonne figure. (E6-L132)

Un professionnalisme indispensable dans lequel il se retrouve

[...] En tant que professeur, on est sensé être aussi dépositaire d'un savoir en l'occurrence moi je suis prof de chimie et les élèves ils sont persuadés que le prof, lui, il sait, d'accord. Et c'est une espèce de rigueur personnelle de devoir aussi dire aux gens, des fois, « je sais pas ». (E6-L351)

[...] C'est quelque chose qui est important dans mon métier, je pense que c'est d'autant plus important, enfin que ça m'a fait d'autant plus plaisir de le retrouver chez un membre de la profession médicale. (E6-L530)

Une honnêteté

Là, en toute honnêteté, il a dit « je sais pas ce que c'est ». (E6-L67)

Une opposition avec la désinvolture des médecins qui ne verbalisent pas l'incertitude

D'habitude, les médecins... enfin ils donnent plus l'impression de dire « ah je pense que vous avez ça, je vais vous donner par exemple, tel médicament, ou quelque chose pour y remédier » et puis après tu reviens

les voir et tu leur dis « ah ben dit donc, je suis toujours malade », ils disent « ah ben très bien, on va essayer autre chose ». (E6-L120)

Percevoir l'incertitude : une réactivité efficace du médecin suite logique de la verbalisation de son incertitude

Une obligation pour le médecin de réagir pour sortir de l'incertitude

Mais qu'il t'indique la suite. Je veux dire, le « je sais pas », c'est pas une fin en soi quoi. (E6-L435)

[...] Le médecin ne peut pas tout savoir, par contre le médecin doit pouvoir t'orienter dans ta recherche de réponse. (E6-L470)

[...] Il doit être, entre guillemets, le relai quand il ne sait pas, le relai pour t'orienter vers soit une autre personne, soit... et proposer la suite. (E6-L474)

[...] Si il s'était arrêté à dire « ah bah je sais pas, voilà, très bien, rentrez chez vous », là, ça aurait été très très désagréable entre guillemets. Puis ce que c'est-à-dire que tu viens quand même en l'occurrence pour... pas un problème, mais avec un truc et t'attends que cette personne te donne des solutions. (E6-L429)

Une réactivité du médecin appréciée

Et là il s'est passé un truc que j'ai vachement apprécié, en fait il a demandé l'avis, en l'occurrence ici d'un spécialiste alors je sais absolument pas qui c'est, j'imagine le cardiologue de l'hôpital de [ville 1]. Et c'était à la fois hyper rapide et hyper rassurant. (E6-L67)

Un investissement du médecin dans l'intérêt du patient

« Attendez, je ne sais pas mais on va regarder d'accord ». (E6-L148)

Y a un « mais » derrière « mais je vais vous proposer la solution de... » ou « je vais faire moi-même pour trouver la solution de... ». (E6-L438)

Parce que je pense que ça aurait été complètement différent s'il avait été incertain et qu'y avait pas eu la résolution du problème. C'est-à-dire quelqu'un qui est incertain et qui dit » ah ben je suis pas sûr mais en gros, ouais on va faire comme ça », là c'est différent. (E6-L162)

Une efficacité du médecin dans la recherche de solution

Qu'il puisse dire « ben là y a un truc, en gros, je sais pas ce que c'est » mais qu'il soit capable de trouver la solution et de dire, et ben finalement « moi je sais à qui demander » et sans que ça traîne trois semaines. (E6-L87)

[...] On a l'impression qu'il a un nombre d'arsenal, que ce soit des contacts, des livres, des supports internet... Enfin un espèce (sic) de référence dans lequel il va pouvoir résoudre son incertitude. (E6-L166)

[...] En pratique, vraiment, il a son téléphone, il a pris une photo haute résolution HD de ce petit bout de papier, d'accord. Il l'a envoyé par MMS au numéro j'imagine du cardiologue. Il l'a appelé, voilà. (E6-L70)

La garantie d'une solution fiable

[...] C'est plus agréable quelqu'un qui va chercher une référence et qui sait dire en gros « je ne sais pas, je vais chercher une référence » plutôt que quelqu'un qui dirait « ah oui dans mes souvenirs, ouais ouais ». (E6-L156)

Percevoir l'incertitude : une épreuve réussie par le médecin généraliste

Un médecin qui se distingue par son honnêteté

[...] J'ai envie de la conseiller à d'autres gens. Et vraiment à cause de cette incertitude, parce que sur le fond, j'ai envie de dire, prendre la tension de quelqu'un, le mesurer et le peser, même quelqu'un qui est pas médecin il y arrive quoi. Ouais donc y a aucune raison valable pour dire que dans ce

qu'il aurait fait techniquement, il serait meilleur manipulateur ou meilleur, je sais pas... (E6-L214)

Je trouve que c'est quelqu'un de compétent dans le sens où il est capable d'aller chercher la solution, et de confiance dans le sens où il est capable d'être honnête quoi. Donc finalement, pourquoi prendre quelqu'un d'autre. (E6-L455)

Une honnêteté digne de confiance

[...] A posteriori, je trouve que dans ma relation avec ce médecin, en fait c'est très rassurant. Parce que la personne elle est capable de dire. (E6-L83)

Un événement déterminant pour le choix du médecin généraliste

[...] Là où ça m'a confirmé « ah oui je veux travailler avec... », enfin je veux être patient de cette personne, c'est justement la situation d'incertitude. (E6-L40)

Un enthousiasme pour le médecin

[...] Non seulement, ça fait que j'ai envie de travailler, pas de travailler mais d'être patient de cette personne, mais qu'en plus j'ai envie de la conseiller à d'autres gens. (E6-L212)

[...] Quand je suis sorti, j'ai dit « ben ouais, en fait cette personne, je voudrais que ce soit mon médecin traitant ». (E6-L205)

Percevoir l'incertitude : une situation justifiable tant qu'elle reste rare

Les limites normales du savoir du médecin généraliste

[...] Il peut pas être spécialiste partout, et finalement on peut pas lui demander d'être spécialiste en cardiologie, plus spécialiste en maladies vénériennes, plus spécialiste en tout à la fois, enfin... (E6-L86)

[...] L'incertitude, elle arrive sur un point de savoir plus ou moins technique, comme là, l'histoire du signal ventriculaire un peu étrange dans le

cardiogramme (sic) où tu te dis « ben voilà je suis dans un cas technique où, en gros, j'ai pas le savoir nécessaire pour répondre à cette question ».
(E6-L341)

Une imposture du médecin dans la perception répétée de l'incertitude

[...] Un médecin qui à chaque fois que tu viendrais le voir, dirait systématiquement « ah ben là je sais pas, là je sais pas, je sais pas ! ». Ben ok, le gars, il serait honnête mais, en même temps, il perdrait en compétence de médecin et tu te dirais « je vais peut être aller voir quelqu'un qui sait quand même parce que... ». (E6-L373)

Si il avait aucun savoir, ben tu dirais juste c'est un charlatan ce médecin. (E6-L380)

Annexe 8 : Table finale des thèmes

Thèmes	Sous-thèmes	Participants	Références	Citations
La confrontation immédiate entre réalité et repères: entre rupture et continuité	Un rejet instinctif d'un devenir obscur et d'un médecin faillible	Daniel	E3-L106 / E3-L90 / E3-L162 / E3-L175	« semer le merdier dans la tête »
		Jérémy	E6-L386 / E6-L58 / E6-L395 / E6-L388 /	« penche toujours du mauvais côté »
		Philippe	E4-L781 / E4-L127 / E4-L-597 / E4-L478 / E4-L151	« gros coup de cafard »
		Monique	E1-L240 / E1-L187 / E1-L171 / E1-L212	« elle doit bien quand-même savoir ! »
	Une acceptation presque naturelle dans l'expérience de la relation	Nicolas	E2-L61 / E2-L164 / E2-L280 / E2-L297	« pas choqué »
		Nicole	E5-L310 / E5-L219	« en toute confiance »
		Philippe	E4-L1062	« j'attendrai la fin du déroulé »
Le besoin de faire face à la déception d'un médecin faillible	La remise en question de la crédibilité du médecin : de l'indulgence à la sanction	Nicolas	E2-L130 / E2-L79	« pas dans son domaine d'expertise »
		Philippe	E4-L410 / E4-L680 / E4-L982	« soit il faut pousser plus les investigations, soit c'est que le médecin est nul »
		Jérémy	E6-L86 / E6-L340 /	« un point de savoir plus ou moins technique »
		Daniel	E3-L45	« ça va bien avec moi, ma démarche scientifique »
		Monique	E1-L336 / E1-L287	« c'est quand-même pas une maladie si rare que le typhus ? »
	Entre ajustement des attentes et efforts de tolérance	Philippe	E4-L389 / E4-L404 /	« hein, bon, moi je suis pas allé voir un autre médecin »
		Jérémy	E6-L162	« il a un nombre d'arsenal (...) dans lequel il va pouvoir résoudre son incertitude »
		Nicolas	E2-L63	« j'attendais d'avoir un.... Qu'on m'envoie vers la

				solution »
Le besoin d'être sécurisé : une vigilance axée sur le médecin	La recherche d'une réactivité	Philippe	E4-L962 / E4-L552 / E4-L604	« rôle de booster un petit peu le malade »
		Daniel	E3-L91 / E3-L163 / E3-L219	« je vais téléphoner à un collègue ; tout est dit, là ! »
		Jérémy	E6-L433 / E6-L439 / E6-L70	« à la fois hyper rapide et hyper rassurant »
		Monique	E1-L380 / E1-L736 / E1-L288 / E1-L620	« j'avais l'impression d'être toute seule »
		Nicole	E5-L103	« voyez, il agit quand même »
	La recherche d'une démarche rigoureuse avec une prise en compte du risque d'erreur	Daniel	E3-L52 / E3-L119 / E3-L275 / E3-L263	« je vous invite à être très branché sur l'incertitude et de vous remettre en question ! »
		Philippe	E4-L344 / E4-L303 / E4-L191	« il faut pas qu'il fasse d'erreur »
		Nicole	E5-L194	« donner la main à quelqu'un qui savait plutôt que de faire une connerie »
		Nicolas	E2-L29 / E2-L93	« passer à côté de certaines choses qui paraissent pas forcément évidentes »
		Jérémy	E6-L280	« je suis pas sûr, voilà les possibles »
	La recherche d'une honnêteté mesurée	Jérémy	E6-L307 / E6-L225 / E6-L291 / E6-L313	« ce que le médecin étudie, c'est ma santé à moi ! »
		Daniel	E3-L166 / E3-L169	« imaginez que ce soit un cancer ! »
		Nicolas	E2-L243	« pour l'annonce du diagnostic (...) c'est tombé comme un coup de masse »
		Philippe	E4-L950	« ça peut être grave (...) je préfère que le médecin fasse ça en aparté »
	La recherche d'une attention singulière	Nicolas	E2-L184 / E2-L329 / E2-L50	« qu'il en sache le plus possible sur moi »
		Monique	E1-L386 / E1-L149 / E1-L389	« j'avais plus d'attention avec l'infirmière chef »
		Daniel	E3-L151	« ça prend en

				compte mon incertitude à moi »
L'appropriation d'un rôle dans la relation : vers une autonomie	Patient et médecin co-équipiers	Jérémy	E6-L114 / E6-L120 / E6-L170 / E6-L211	« ça fait que j'ai envie de travailler... pas travailler mais d'être patient de cette personne »
		Philippe	E4-L816	« est-ce qu'il va être aussi bon que l'autre ? Est-ce qu'il va s'occuper autant que... ? »
		Daniel	E3-L68 / E3-L180 / E3-L223	« c'est pas un gourou, c'est un médecin »
		Nicolas	E2-L254	« le médecin dose en fonction du lien qu'il a avec lui, du niveau-socio-éducatif de la personne »
	Un patient modèle au service du médecin scientifique	Nicolas	E2-L311	« ça m'a fait sourire (...) si il commence pas par essayer sur certains de ses patients, il saura pas »
		Philippe	E4-L580 / E4-L378	« et je pense que les cas, ça vous intéresse ? »
	Un patient responsable voire autonome	Nicolas	E2-L148 / E2-L327	« cette colère (...) si je l'avais verbalisée, il aurait repris un rôle de coordination »
		Philippe	E4-L526	« je pense qu'il faut faire confiance à son patient, qu'il vous raconte pas des conneries »
		Nicole	E5-L491 / E5-L487	« j'ai essayé d'avoir quelqu'un (...) j'ai dit « bon bah c'est que c'est bon ! » (...) il était déjà rassuré »
		Monique	E1-L63 / E1-L264	« j'ai compris comment elle fonctionnait, je disais, « (...) « pensez pas que je peux prendre ça ou ça à la place ? » »