



HAL
open science

Évaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress lié à l'incertitude (PRU) chez des internes en stage de médecine générale

Guillemette Choquet

► To cite this version:

Guillemette Choquet. Évaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress lié à l'incertitude (PRU) chez des internes en stage de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498345

HAL Id: dumas-02498345

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498345>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 16

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress
lié à l'incertitude (PRU) chez des internes en stage
de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 14 février 2019

Par

Guillemette CHOQUET

Née le 20 mars 1991 à Cambrai (59)

Dirigée par M. Le Docteur François Bloede, MG

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche, PU Président

M. Le Docteur Christian de Gennes, PH

M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

Mme Le Docteur Julie Chouilly, MG

TABLE DES MATIERES

❖	TABLE DES MATIERES	1
❖	REMERCIEMENTS	4
❖	Liste des abréviations utilisées	6
❖	INTRODUCTION : CHOIX DU SUJET	7
❖	CONTEXTE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES CONCERNANT L'INCERTITUDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	8
1.	INCERTITUDE DANS L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.....	8
1.1.	<i>Définition de l'incertitude</i>	8
1.2.	<i>Histoire : développement de la science médicale ... et parallèlement de l'incertitude</i>	8
2.	QUELLES SOURCES D'INCERTITUDE EN MÉDECINE ?	9
2.1.	<i>Incertitude intrinsèquement liée au savoir (et à sa maîtrise)</i>	9
2.2.	<i>Incertitude liée au sujet</i>	9
2.2.1.	La sémiologie, une tentative d'objectivation	9
2.2.2.	Tension entre universalité et singularité.....	10
2.2.3.	Le modèle bio-psycho-social : le patient, un individu ... et plus encore	10
2.2.4.	La relation médecin-malade, facteur d'incertitude	10
2.3.	<i>Incertitude renforcée par le contexte de la médecine générale</i>	11
3.	DIFFÉRENTS RESENTIS GÉNÉRÉS PAR L'INCERTITUDE	13
3.1.	<i>Bonne ou mauvaise tolérance ?</i>	13
3.1.1.	Pour les médecins.....	13
3.1.2.	Pour les patients	13
3.2.	<i>Déterminants des ressentis</i>	14
3.2.1.	Chez les médecins	14
3.2.2.	Chez les patients.....	14
4.	RÉACTIONS DES MÉDECINS FACE À L'INCERTITUDE	15
4.1.	<i>Incertitude et décision médicale en consultation</i>	15
4.1.1.	La tolérance (ou « acceptabilité ») comme réaction de gestion de l'incertitude	15
4.1.2.	Déterminants d'une bonne acceptabilité de l'incertitude dans la décision médicale	15
4.1.3.	Le raisonnement médical, réponse à l'incertitude ?.....	18
4.1.4.	Jugement clinique et décision médicale : une juste considération des affects	19
4.2.	<i>L'incertitude comme déterminant du comportement médical</i>	20
4.2.1.	Analyse sociologique des comportements des médecins face à l'incertitude	20
4.2.2.	EBM, le choix de l'incertitude prégnante.....	22
5.	CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE TOLÉRANCE À L'INCERTITUDE	24
5.1.	<i>Pour le médecin</i>	24
5.2.	<i>Pour le patient</i>	24
5.3.	<i>Dans la relation médecin-malade</i>	25
5.4.	<i>Pour la société</i>	25
6.	QUELS OUTILS POUR GÉRER L'INCERTITUDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?	26
6.1.	<i>Outils concernant le patient</i>	26
6.2.	<i>Outils concernant le médecin</i>	27
6.3.	<i>Outils concernant la relation médecin-malade</i>	28
7.	OÙ EN EST L'ENSEIGNEMENT DE LA NOTION D'INCERTITUDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?	28
7.1.	<i>Une formation peu valorisée et insuffisante.</i>	28
7.2.	<i>Quand et comment enseigner la notion d'incertitude en médecine générale ?</i>	29

7.2.1.	Le temps du SASPAS, un moment privilégié.....	29
7.2.2.	Une formation théorique ... des suggestions de contenu variées.....	29
7.2.3.	La formation dans la pratique : lieu idéal d'acquisition de compétences, aujourd'hui sous-exploité.....	30
❖	MATERIEL & METHODES.....	32
1.	SCHÉMA EXPÉRIMENTAL.....	32
2.	CONSTRUCTION.....	32
2.1.	Élaboration du questionnaire.....	32
2.2.	Élaboration de la formation.....	33
2.2.1.	Travail préliminaire de synthèse de ce qui existe déjà :	33
2.2.2.	Élaboration de la formation pour le DMG P5.....	33
2.2.3.	Script de la formation élaborée.....	34
3.	RÉALISATION DU PROTOCOLE.....	34
3.1.	Population : recrutement & randomisation.....	34
3.2.	Réalisation de la formation.....	35
3.3.	Recueil des données.....	35
3.4.	Analyses statistiques.....	35
❖	RESULTATS.....	37
1.	RÉSULTAT DE L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ÉTUDE.....	37
1.1.	Déroulement de l'étude.....	37
1.2.	Caractéristiques de la population étudiée.....	38
1.3.	Résultats.....	38
1.4.	Comparaison des scores en fin de semestre d'été à ceux des internes en fin de semestre d'hiver.....	43
2.	RÉSULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES DE L'ÉTUDE.....	45
2.1.	Évolution du PRU au cours du stage ambulatoire.....	45
2.2.	Analyse des besoins de formation sur l'incertitude ressentis par les internes.....	48
2.3.	Résultats de la recension auprès des DMG en France.....	51
2.3.1.	Existe-t-il un enseignement spécifique sur la notion d'incertitude dans les DMG ?	51
2.3.2.	Formation à la notion d'incertitude à travers des enseignements non spécifiques.....	51
2.4.	Retours sur la réalisation de la formation sur l'incertitude.....	52
2.4.1.	Déroulements des formations.....	52
2.4.2.	Participation des étudiants au cours de la formation.....	52
2.4.3.	Résultats des métaplans concernant les moyens de gestion de l'incertitude.....	53
2.4.4.	Résultats des « take-home messages »	54
2.4.5.	Retours des formateurs ayant assisté ou participé à l'enseignement.....	56
2.4.6.	Résultats de l'évaluation de la formation « à froid »	56
❖	DISCUSSION.....	60
1.	FORCES DE L'ÉTUDE.....	60
1.1.	Originalité.....	60
1.2.	Pertinence.....	60
1.2.1.	L'incertitude, une spécificité de la médecine générale.....	60
1.2.2.	Aujourd'hui, de nombreux facteurs de risque de mauvaise tolérance.....	60
1.2.3.	Réponse à un enjeu de santé publique.....	60
1.2.4.	Réponse à un enseignement théorique insuffisant et pratique hétérogène.....	61
1.2.5.	Contexte d'exercice difficile pour assumer l'incertitude.....	61
1.3.	Une formation qui s'inscrit dans la ligne du CNGE.....	61
1.3.1.	Enseignement axé sur le développement de compétences et le professionnalisme.....	61
1.3.2.	Apprentissage par la pratique et la réflexivité.....	62
1.3.3.	Pour une médecine centrée patient.....	62
1.4.	Critères d'évaluation de la formation.....	62

1.5.	<i>Choix du format pédagogique</i>	63
2.	LIMITES DE L'ÉTUDE	63
2.1.	<i>Un échantillon insuffisant</i>	63
2.2.	<i>La validité clinique du critère de jugement principal discutable</i>	63
2.3.	<i>Un enseignement court</i>	64
2.4.	<i>Effet Hawthorne</i>	64
3.	DISCUSSION DES RÉSULTATS	64
3.1.	<i>Impact de la formation sur le stress lié à l'incertitude</i>	64
3.1.1.	Plusieurs explications possibles à l'absence de significativité	64
3.1.2.	Des tendances allant globalement dans le sens de la littérature	65
3.1.3.	Une donnée nouvelle pour la littérature.....	65
3.1.4.	Interprétations des résultats après régressions et corrélations.....	65
3.2.	<i>Impact du stage ambulatoire sur le stress lié à l'incertitude</i>	65
3.3.	<i>Perceptions vis-à-vis de la formation actuelle sur l'incertitude</i>	66
3.3.1.	Au sein des DMG, une absence de formation explicite	66
3.3.2.	Des internes intéressés par la problématique et en demande	66
3.3.3.	Un enseignement spécifique augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle à gérer l'incertitude.....	67
3.3.4.	Comprendre le décalage entre internes et DMG dans la perception du besoin de formation.....	69
4.	PERSPECTIVES	70
4.1.	<i>Perspectives de recherche autour de l'enseignement de l'incertitude</i>	70
4.1.1.	Concernant l'enseignement 'théorique' de l'incertitude aux étudiants	70
4.1.2.	Concernant l'enseignement de l'incertitude dans la pratique	71
4.1.3.	Concernant les outils de gestion de l'incertitude	71
4.2.	<i>Développer l'enseignement de l'incertitude dans le cursus médical</i>	71
4.2.1.	En intégrant des concepts associés encore peu répandus dans la sphère médicale	71
4.2.2.	En valorisant ce qui existe déjà	74
4.2.3.	En intégrant de nouvelles propositions.....	75
❖	CONCLUSION	79
❖	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80
❖	ANNEXES	86
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX INTERNES	86
	ANNEXE 2 : COURRIER ENVOYÉ POUR LA RECENSION DES DMG.....	92
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE LA FORMATION « À FROID »	93
	ANNEXE 4 : SCRIPT DE LA FORMATION ÉLABORÉE	94
❖	RESUME	97

❖ REMERCIEMENTS

Au professeur Henri Partouche,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury,
Merci d'avoir suscité curiosité et ouverture par vos références littéraires lors des
quelques enseignements que j'ai eu avec vous au cours de mon internat.

A François Bløede, maître de stage et directeur de thèse,

Merci pour ta générosité, ta confiance, ton respect, ta patience, et ton exigence,
C'est un réel plaisir de travailler avec toi !

Au Dr Christian De Gennes,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, seul hospitalier parmi les généralistes !
Vos conseils de retour constant à la clinique m'ont appris en stage à placer de la
certitude dans l'incertitude, étape indispensable à la gestion de cette dernière ;
Merci pour la disponibilité et la bienveillance avec laquelle vous
accompagnez et formez les internes dans votre service.

Au Dr Robert Sourzac,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury,
Merci pour votre précieuse réactivité et votre attention bienveillante quand il m'a
fallu changer de terrain de stage au cours de mon SASPAS.

Au Dr Julie Chouilly,

Merci pour l'intérêt et l'enthousiasme que vous avez porté à ce travail dès son début,
Merci pour le partage de vos connaissances et l'aide que vous avez apporté.

A ceux qui ont participé à ce travail,

Merci Anne-Marie pour votre patience et bienveillance au regard de tous les mails reçus et envoyés !
Merci à la SFMG, pour son travail de recherche sur ce sujet, et la mise à disposition
des savoirs et outils produits ;
Merci au groupe d'enseignants de Paris 5 qui ont donné de leur temps pour l'élaboration du script de la
formation ;
Merci à Jean-Claude Schwartz avec qui j'ai apprécié animer une des séances de formation ;
Merci Virginie et Pierre-Louis B. pour votre générosité et le temps que vous avez pris pour m'aider au
travail de statistiques ;
Merci à Pierre-Louis C. pour ses talents linguistiques mis gracieusement à disposition.

Aux médecins qui m'ont inspiré et déplacé,
Valérie Ledoux, Jean-Philippe Dubruque, François Bløede,
Merci de m'avoir accueilli avec confiance au sein de vos consultations,
Merci pour votre liberté et vos engagements,
Merci pour votre curiosité et votre enthousiasme communicatifs pour l'Humain et la Vie !

A mes parents, mes frères et ma sœur,
Merci pour votre soutien inconditionnel et aimant au cours de ces longues années.

A chacun de vous, famille et amis, compagnons de route,
Merci pour le réconfort et la joie de votre présence sur le chemin,
Merci pour la richesse de nos échanges, la profondeur et légèreté de nos amitiés,
la joie de nos découvertes partagées!

Aux patients qui m'accorderont (ou non !) leur confiance
et auxquels j'essaierai d'être présente,
que, dans l'incertain de nos vies, je sache les rencontrer.

❖ LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DMG : Département de médecine générale
DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultations
EBM : Evidence Based Medicine
ETM : Enseignement Théorique Monitoré
FO : Formation Optionnelle
GEP : Groupe d'Échanges de Pratiques
HAS : Haute autorité de santé
IC : Intervalle de Confiance
PRU : Physicians' Reactions to Uncertainty
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SMI : Symptômes Médicalement Inexpliqués

❖ INTRODUCTION : choix du sujet

Alors que j'étais en stage de S.A.S.P.A.S., je reçois en consultation un jeune homme porteur d'une maladie orpheline. Il se présente pour des douleurs abdominales intenses associées à un ictère et une ascite modérée. C'est un vendredi soir. Ayant peu d'informations sur les complications possibles de sa maladie (et surtout sur leur rapidité d'évolution), je ne sais pas comment le prendre en charge et me sens complètement bloquée pour terminer ma consultation. Dois-je réaliser des examens complémentaires en ambulatoire ou plutôt l'adresser aux urgences ? Quels sont les risques, quels sont les enjeux ? N'arrivant pas à me positionner, je décide de ... ne pas décider ! J'explique au patient que j'en discuterai avec mon maître de stage en supervision et que je le recontacterai au décours.

Au moment de la supervision, première source d'étonnement, mon maître de stage me répond que lui non plus ne sait pas ce qu'il faut faire. Stupéfaction, il n'a pas plus de réponse que moi !

C'est alors qu'il me propose des outils très simples qui listent et évaluent les avantages et inconvénients des différentes alternatives proposées au patient. Ce travail couché sur le papier et terminé, il ne reste qu'à rappeler le patient et choisir avec lui pour quelle balance il préfère opter.

Ce soir-là, je prends conscience que l'incertitude en médecine est parfois irréductible... mais qu'il existe des moyens pour s'en dépatouiller ! Mon vécu se transforme (l'incertitude n'est pas un échec), des perspectives s'ouvrent : j'ai maintenant à disposition des outils pour mieux gérer ces situations.

Cette prise de conscience m'est apparue comme ridiculement basique mais primordiale et déterminante pour ma pratique. S'en est suivi l'étonnement : c'est si simple et si aidant, je suis en médecine depuis 10 ans et à deux doigts de terminer mon internat, pourquoi ne m'en a-t-on jamais parlé avant ? Cela m'aurait certainement permis de porter un autre regard sur ma pratique et du même coup, de vivre l'exercice de la médecine différemment... et j'ai bien failli passer à côté !

Cette expérience et cet étonnement ont donc été déterminants dans le choix du sujet. A cela s'ajoutait la volonté que ma thèse soit pragmatique en étant source d'applications directes, concrètes et bénéfiques pour d'autres pairs. Enfin, je souhaitais que ce travail continue d'enrichir et de faire évoluer ma pratique au quotidien.

❖ **CONTEXTE** : état des lieux des connaissances concernant l'incertitude en médecine générale

1. Incertitude dans l'histoire de la médecine

1.1. Définition de l'incertitude

Le Larousse définit l'incertitude comme l'état de ce qui est incertain, c'est-à-dire de ce qui n'est pas sûr ; l'état de ce qui peut se produire ou non ; ou de ce dont la nature ou la forme est vague.

La définition proposée par le Comité de la Prévention et de la Précaution (dans le rapport ministériel « Décision publique face à l'incertitude ») se rapproche de la notion d'incertitude du domaine médical en distinguant notamment cette notion de celle de l'ignorance :

« L'incertitude signifie que les connaissances disponibles ne permettent pas de caractériser une situation aussi précisément qu'on le souhaiterait ; elle n'est pas synonyme d'ignorance. Il est donc important d'établir aussi clairement que possible les limites des connaissances existantes, afin d'en faire le meilleur usage. »

Dans cette définition, apparaît déjà l'enjeu de ces situations d'incertitudes : celui de leur gestion.

1.2. Histoire : développement de la science médicale ... et parallèlement de l'incertitude

« Notre incertitude s'accroît en fonction de nos connaissances comme le périmètre d'un cercle en fonction de son rayon. » Socrate

L'incertitude a toujours été une problématique présente au cœur de l'exercice médical.

Au temps où la maladie était considérée comme l'expression d'un déséquilibre de l'organisme inséparable de la totalité cosmique (1), Hippocrate témoignait déjà de situations d'incertitude : "La vie est courte, l'art est long, la situation pressante, l'expérience périlleuse et la décision difficile".

Avec l'émergence de la méthode anatomo-clinique au 18^e siècle, la médecine devient une science et se place dans une perspective positiviste. La clinique jusqu'alors considérée comme un processus permettant de relier le singulier et l'universel (cosmos) devient désormais une méthode d'objectivation de lésions ou de désordres... Les grandes avancées médicales des 18^e et 19^e siècles (découverte des agents infectieux, compréhension de l'hémostase, etc.) ouvrent l'espoir de l'acquisition de la certitude. (2)

Les progrès technologiques (imagerie, biologie, informatique, etc.) au 20^e siècle modifient la pratique médicale en profondeur. L'exercice médical se complexifie. La médecine passe progressivement d'une logique de soin, à celle de prévention voire de prédiction. Le contexte de vieillissement de la population majore les problématiques de polyopathie et de dépendance. Une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient devient nécessaire. Le médecin est confronté à des savoirs et des enjeux nouveaux dont la maîtrise est souvent incertaine. (3)

Outre l'accroissement considérable des connaissances médicales, le 20^e siècle est aussi marqué par la rapidité de leurs évolutions. Des dizaines de milliers d'articles sont publiés chaque année dans plus de 20000 revues médicales. Le temps qu'un médecin devrait passer hebdomadairement à lire les sources primaires d'information médicale pour se tenir au courant de ces évolutions a été calculé à ... une semaine ! (4)

C'est dans les années 1950, grâce aux travaux de la sociologue Renée Fox (à la suite de Parsons), qu'émerge la notion d'incertitude dans le domaine médical. La sociologue en distinguera plusieurs sources. (5)

2. Quelles sources d'incertitude en médecine ?

En médecine générale, le doute est constant car le médecin n'a jamais accès à toutes les informations souhaitables pour mener avec certitude sa consultation. (6) Les sources d'incertitude sont multiples :

2.1. Incertitude intrinsèquement liée au savoir (et à sa maîtrise)

Le champ des connaissances biomédicales est vaste.

Concrètement, ce savoir est mobilisé au cours de la consultation pour répondre à deux objectifs : l'élaboration du diagnostic et le choix de la thérapeutique (qui engage la notion de pronostic). L'incertitude du médecin liée à ce savoir est donc ressentie lors de l'un et/ou l'autre de ces moments de la consultation.

Dans ses travaux, R. Fox décrit trois niveaux d'incertitude en rapport au savoir. Le premier niveau « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible ». Le second « dépend des limites propres à la connaissance médicale ». Le troisième niveau correspond à la difficulté pour le praticien de distinguer ces deux niveaux. (5)

Qu'en est-il de ces incertitudes pour le médecin généraliste ?

L'incertitude de niveau 1 touche particulièrement le médecin généraliste. En effet le champ de connaissances nécessaire à ce dernier est potentiellement infini ; et le renouvellement de ce savoir est constant. Le médecin généraliste restera toujours celui qui ne saura jamais tout !

Le niveau 2 d'incertitude atteint tous les médecins. Le médecin généraliste partage avec les autres médecins spécialistes l'incertitude des « zones grises » où la science n'apporte pas de réponse à une question donnée. C'est le cas par exemple des « symptômes médicalement inexplicables » qui représentent 13% des consultations de soins primaires. (7) Cependant, à la différence des spécialistes, le médecin généraliste est davantage confronté à cette incertitude dans la durée puisqu'il est amené à accompagner et suivre le patient malgré ce défaut de connaissances.

Le troisième niveau d'incertitude -la difficulté à distinguer ses propres limites de celles de la science- est le fruit d'un travail exploratoire encore aujourd'hui très solitaire en médecine générale. Cette incertitude est corrélée à l'importance de l'incertitude de niveau 1. L'aveu de cette incertitude est souvent vécu comme le signe de compétences approximatives. (8)

2.2. Incertitude liée au sujet

*« Tout médecin qui pense qu'il pourrait être remplacé par un ordinateur devrait l'être »
Osler.*

L'incertitude en médecine ne peut se réduire au rapport entretenu à la connaissance médicale. L'individu, objet de son savoir est intrinsèquement singulier et subjectif. La médecine comme un art ...

2.2.1. La sémiologie, une tentative d'objectivation

Avec l'apparition de la sémiologie, la clinique prend une tournure scientifique. Elle devient la « compréhension de ce qu'il y a d'objectif et de rationnel derrière une plainte singulière » (2) traduisant la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction. Cependant les éléments composant la clinique, base du raisonnement médical, ne sont jamais certains « en soi » : la fiabilité de l'anamnèse est toujours

dépendante de l'exhaustivité de l'interrogatoire et de la fidélité des propos du patient. L'examen clinique quant à lui est une appréciation personnelle propre à chaque clinicien. (9)

On peut étendre la réflexion aux examens paracliniques censés objectiver ou non des lésions. La présence de résultats erronés (« faux positifs » ou « faux négatifs ») objective la limite de ces examens. Le médecin n'a à sa disposition que des faisceaux d'arguments qu'il ne peut jamais considérer comme absolument certains. (10)

2.2.2. Tension entre universalité et singularité

La science médicale qui établit des normes, des risques voire des prédictions par l'épidémiologie et les statistiques s'applique à un sujet. Comment être certain que le sujet s'apparente à une population étudiée ? Un ensemble de patients inclus dans un essai ne représentent qu'eux ! Ainsi pour la sociologue R. Fox, « le raisonnement par probabilité en lui-même, serait une expression codifiée du facteur d'incertitude que comporte la médecine, et devant la difficile adaptation de réponses globales à des cas particuliers, tous les actes médicaux seraient, en ce sens, approximatifs ». (4,5)

Par ailleurs, se pose la question de l'applicabilité des recommandations scientifiques à un individu. Il persistera toujours une différence cruciale de perception entre risque individuel et collectif : pour le malade, le risque est unique et beaucoup plus important que le risque collectif. (9) L'individualisation et l'extrapolation de la situation par rapport aux données de la science est nécessaire pour apporter une réponse appropriée à la demande du patient. La tension entre universalité et singularité est donc une source supplémentaire d'incertitude pour le médecin. (4)

2.2.3. Le modèle bio-psycho-social : le patient, un individu ... et plus encore

En médecine générale, le médecin a une approche globale centrée patient.

Dans le modèle bio-psycho-social, le patient n'est pas considéré seulement comme un système complexe au sein duquel interagissent différentes composantes (psychisme, physiologie, etc.). Il est aussi lui-même un élément composant un système plus large que lui : « la plainte du patient et sa souffrance se manifeste dans un contexte humain, culturel et matériel complexe avec une interaction forte entre les composantes multiples de sa situation ». (11).

Le médecin qui soigne une personne (plus qu'une maladie), doit prendre en compte ces interrelations car celles-ci jouent comme des éléments stabilisants ou déstabilisants de la prise en charge. Le diagnostic se complexifie et dépasse alors le simple diagnostic de la maladie pour devenir un « diagnostic de situation ». Celui-ci évalue le contexte, les dimensions relationnelles et affectives, les liens et interactions entre ces différentes dimensions. (12)

Ainsi, dans une approche globale, le médecin est confronté à deux sources importantes d'incertitude : celle liée à la complexité intrinsèque du sujet (interactions entre corps et psychisme), et celle extrinsèque qui concerne les interactions du patient avec son environnement.

2.2.4. La relation médecin-malade, facteur d'incertitude

Enfin la pratique médicale se fonde dans la relation médecin-malade lors du colloque singulier. L'incertitude dite relationnelle est liée à la compréhension que le médecin a du patient et réciproquement. Tout d'abord, il n'est pas toujours aisé pour le médecin d'identifier la véritable attente du patient. La demande de ce dernier n'est pas nécessairement explicite, l'explicite peut renvoyer à de l'implicite, ou encore ce qui est déclaré n'est pas nécessairement ce qui est véritablement souhaité par le patient. (13)

De plus, dans la relation médecin-malade asymétrique, Fainzang décrit un réel « décalage cognitif ». Les questions et les préoccupations du malade sont souvent mal entendues et mal comprises par le médecin. Celui-ci fournit alors une réponse inappropriée. (14)

Enfin il existe une « confusion des langues » entre soigné et soignant décrite par Balint (15). Le sens des mots employés n'est pas le même chez le patient ou chez le médecin et cela est facteur de confusion et d'incertitude supplémentaire.

2.3. Incertitude renforcée par le contexte de la médecine générale

Les caractéristiques particulières de l'exercice de la médecine générale sont aussi source d'une plus grande incertitude :

a) *Le Carré de White*

Les travaux de White rappellent que les prévalences des maladies en soins primaires sont beaucoup plus faibles qu'en secteur hospitalier. Les démarches médicales doivent donc s'adapter : le médecin généraliste ne peut investiguer l'étiologie de chaque trouble de santé à l'instar du praticien hospitalier. Il doit raisonner en termes de probabilités (prévalences et risques à éviter). (16)

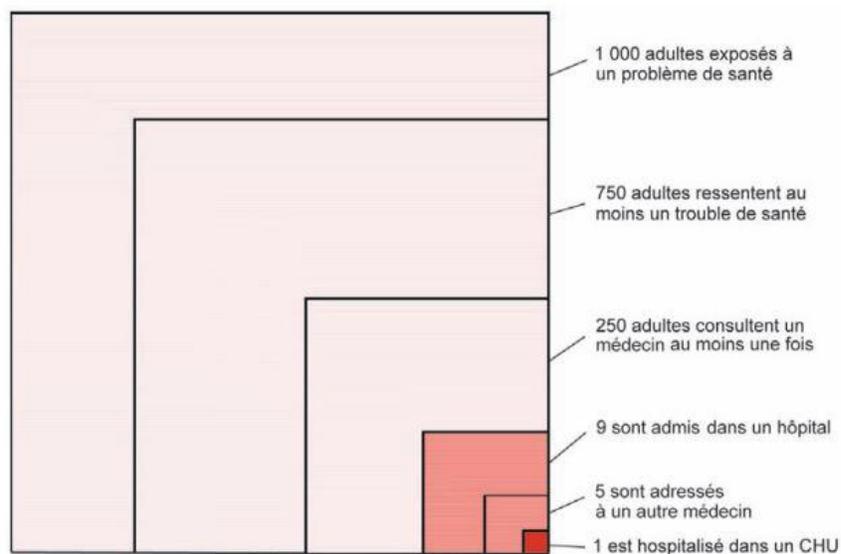


Figure 1 : Carré de White

b) *Stade précoce et indifférencié des maladies*

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours, il est contraint d'agir « à un stade précoce et non différencié des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide ». (17) Ainsi 70.7% des consultations de médecine générale ne correspondent pas à un tableau de maladie. Le médecin généraliste doit donc agir en « situation non élucidée » en tenant compte des éventuels risques graves tout en limitant des investigations inutiles, anxiogènes et coûteuses. (18)

c) *La loi de répartition régulière des cas*

Cette loi est le contraire de la loi des séries qui fait que le praticien voit deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant les deux années suivantes. En médecine générale, il a été montré que cette loi se vérifie sur une période de 3 ans environ. Tout praticien exerçant la médecine générale dans un même endroit doit donc s'attendre à retrouver de façon régulière sur ces 3 ans environ 300 situations cliniques identifiées. La vigilance du médecin généraliste doit donc être constante. (12,18)

d) Des moyens techniques limités

Une autre caractéristique de l'exercice en médecine générale est la limitation du plateau technique à disposition. Les examens paracliniques (prélèvements, imageries, etc.) ou interventionnels permettant de diminuer le niveau d'incertitude sont moins accessibles qu'en milieu hospitalier.

e) Une prise de décision en un temps court

La durée moyenne de consultation en médecine générale est de 16,4 minutes par patient.(19) Durant ce court temps le médecin doit prendre connaissance du problème médical dans sa globalité (diagnostic de situation), prendre une décision quant à la prise en charge, la proposer et l'expliquer au patient, obtenir son adhésion afin que le projet thérapeutique soit partagé.

f) Rapports sociaux en soins primaires

La médecine générale est la médecine de premier recours dans le système de soins français.

De ce fait, les patients expriment leurs diverses plaintes et demandes plus facilement en médecine générale que dans d'autres lieux de consultations. (8) Cette plus grande variété de motifs de consultation (débordant parfois du cadre biomédical) est exprimée de manière « brute », profane sans traduction préalable en langage médical par un autre professionnel. Il n'y a pas de filtrage en amont dans la variété et l'expression des demandes faites au médecin généraliste. Le médecin généraliste fait ainsi parfois l'expérience de l'inadéquation entre le savoir scientifique biomédical et les symptômes ou demandes de patients en soins primaires. (20)

D'autre part, dans l'exercice libéral, l'incertitude sur ce qui peut se passer en aval de la consultation est aussi importante. Le patient est libre de poursuivre sa prise en charge où il le souhaite en fonction de ses préférences. Ces enjeux de continuité et d'observance jamais assurées doivent être intégrés par le médecin généraliste dans son raisonnement médical. (8)

Enfin, l'exercice du médecin généraliste est plus solitaire. L'isolement du médecin par rapport à ses confrères ne contribue pas à réduire ses incertitudes.

Les sources d'incertitude pour le médecin généraliste :

- ➔ Incertitude liée au savoir médical (dans la démarche diagnostique et thérapeutique) :
 - Niveau 1 : insuffisance des connaissances du médecin
 - Niveau 2 : insuffisance des données de la science
 - Niveau 3 : difficulté à distinguer le niveau 1 du niveau 2

- ➔ Incertitude liée à la subjectivité :
 - L'incertitude liée à la subjectivité de celui qui évalue (le médecin) et de celui qui est évalué (le patient)
 - L'incertitude liée à l'extrapolation individuelle de recommandations générales
 - L'incertitude liée à la compréhension du sujet dans sa complexité
 - L'incertitude liée à la communication dans la relation

- ➔ Incertitude liée au contexte d'exercice en médecine générale :
 - Carré de White : des prévalences plus faibles
 - Stade précoce et indifférencié des maladies
 - Loi de répartition régulière
 - Un plateau technique limité
 - Durée de consultation courte
 - Soins de premier recours : particularités des relations sociales

Ces diverses sources rendent l'incertitude omniprésente et irréductible en médecine générale.
Comment est vécue cette incertitude par les médecins généralistes ?

3. Différents ressentis générés par l'incertitude

3.1. Bonne ou mauvaise tolérance ?

3.1.1. Pour les médecins

Chez les médecins, deux types de réactions émotionnelles ont été observées face aux situations d'incertitudes :

L'incertitude peut être vécue comme une source d'anxiété, de stress voire d'angoisse. Ce stress résulte le plus souvent d'un sentiment d'insuffisance personnelle, il est associé à la peur de commettre une erreur. (21–27) Dans ces cas, on parle de mauvaise tolérance à l'incertitude.

En revanche chez d'autres praticiens, cette incertitude est une source de stimulation dans leur exercice. Elle permet aux médecins de rester vigilants, de continuer à se remettre en cause et de se former. Le vécu de l'incertitude est alors positif (bonne tolérance) et son développement apparaît comme utile à l'exercice. (28)

3.1.2. Pour les patients

La perception qu'ont les patients face à un médecin incertain a fait l'objet d'une étude qualitative récente (29) :

- *Des vécus divers face à l'incertitude du médecin*

Dans cette étude l'incertitude pouvait être perçue négativement : certains patients ont été stupéfaits et ont ressenti de la déception vis-à-vis de leur médecin. Cette déception allait parfois jusqu'à la révolte ou l'effondrement, soit parce que l'incertitude générait un sentiment de vulnérabilité intolérable chez le patient ; soit parce que le défaut de savoir du médecin était jugé comme inacceptable et diminuait sa crédibilité (incertitude comme défaut de compétence). Le patient pouvait aussi se sentir abandonné par le médecin dans la prise en charge de l'incertitude.

Certains patients ressentaient de l'indifférence par rapport à cette incertitude, surtout quand il y avait une certaine 'habitude' au médecin incertain.

Enfin l'expression de l'incertitude du médecin pouvait être vécue positivement : l'« honnêteté » du médecin permettait au patient de se sentir respecté. Les patients exprimaient de la satisfaction à être intégré dans la résolution de l'incertitude surtout quand ils éprouvaient un sentiment de partenariat (relation d'égalité) avec le médecin. Enfin ils ressentaient parfois de la fierté à attiser la curiosité du médecin, ou de la satisfaction à pouvoir aider les autres en contribuant à développer le savoir du médecin (voire de la science !) par leur 'cas'.

- *Une dynamique dans la perception*

Un des résultats importants de cette étude était que les vécus des patients n'étaient pas figés et évoluaient avec le temps : les patients prenaient conscience de l'incertitude, cela venait bousculer leurs repères et leurs croyances. Alors s'ensuivaient d'autres prises de conscience et des réflexions qui, pour la plupart, faisaient évoluer les patients dans leur ressenti. Les patients ont exprimé de l'indulgence pour le médecin face à la diversité ou la complexité des cas, la méconnaissance du patient, etc. Ils ont reconnu le professionnalisme dans le processus de résolution (démarche rigoureuse, réactivité). Finalement les patients se sont tous appropriés un rôle dans la relation avec le médecin : comme coéquipier (acteur de la réflexion), comme patient modèle (au service de la science), comme patient responsable voire autonome (engagement dans le processus de résolution).

Ainsi ils s'inscrivaient tous dans une dynamique qui allait du rejet instinctif à une certaine satisfaction, et d'une vulnérabilité à une certaine autonomie.

- *Un besoin de sécurisation partagé par tous*

Si les vécus et les dynamiques varient d'un patient à l'autre, le besoin d'être sécurisé par le médecin a été mentionné par tous les patients de l'étude. Ce besoin de protection pouvait être satisfait par une réactivité du médecin dans la prise de décision (au contraire, l'inertie était vécue comme un abandon) ; une démarche rigoureuse du médecin pour répondre à l'incertitude (appui sur les sciences et les décisions collégiales) ; une honnêteté mesurée (expression de l'incertitude sans nécessairement expliciter toutes les hypothèses, risques, etc.) ; une attention particulière à la singularité du patient.

3.2. Déterminants des ressentis

3.2.1. Chez les médecins

Les études (21–23,27,30,31) mettent en évidence deux facteurs influant significativement la réaction émotionnelle du médecin : le sexe et le niveau d'expérience dans l'exercice.

Ainsi les femmes et les médecins peu expérimentés tolèrent moins bien l'incertitude. Au contraire, les hommes et les médecins avec plus d'années d'expérience ont un meilleur vécu en situation d'incertitude.

On notera aussi que le contexte de judiciarisation de la société renforce la peur de l'erreur médicalegale et peut détériorer la tolérance à l'incertitude des médecins. (28)

3.2.2. Chez les patients

a) Le stade d'autonomie du patient

La tolérance émotionnelle du patient à l'incertitude est fonction de son degré de dépendance ou d'autonomie. Ce dernier définit l'espace de relation thérapeutique dans lequel se trouve le patient : (32)

Dans l'espace primaire, le médecin est incorporé au psychisme du patient, il y a un rapport fusionnel du patient avec le médecin. L'absence de distance ne permet pas l'élaboration du patient. Le médecin est considéré comme un médecin « sachant », il fait autorité. Dans cet espace, l'incertitude du médecin est source d'anxiété et d'angoisse pour le patient puisqu'elle vient mettre en cause le médecin dans sa fonction de puissance protectrice.

Dans l'espace transitionnel, le médecin est comme un « sas » entre le patient et le monde extérieur (le réel). Il a alors un rôle de « soutenant » et il existe un espace de mobilité et de négociation dans la relation qui se modifie avec le processus de changement. De ce fait, la tolérance de l'incertitude par le patient est variable.

Enfin dans l'espace d'autonomie ou d'intégration, le médecin se pose comme un « repère stable et reconnu, facilitateur de l'émergence du sens » des symptômes du patient. La relation se médiatise par le langage. Le patient est capable d'intégrer sans inquiétude l'incertitude du médecin puisque le cheminement de la consultation est une construction à deux d'une voie thérapeutique.

b) La relation médecin malade

Comme l'a montré l'étude de Moussel et Morel (29), une relation médecin-malade de confiance, construite dans la durée, permettrait une acceptation de l'incertitude quasi immédiate de la part du patient et protégerait le médecin d'une remise en cause de sa crédibilité.

Face à l'incertitude :	Ressentis	Déterminants d'un ressenti positif
<i>Chez le médecin</i>	Stress ... ou stimulation	Le sexe masculin, L'expérience de la pratique
<i>Chez le patient</i>	Déception, rejet instinctif ... à la satisfaction + Besoin d'être protégé et sécurisé	L'autonomie du patient dans la relation thérapeutique L'antériorité de la relation médecin-malade

4. Réactions des médecins face à l'incertitude

La réaction à l'incertitude peut être définie comme le *comportement* mis en jeu par le médecin pour se débrouiller avec l'incertitude et le ressenti qu'elle génère (celui-ci n'étant pas toujours conscientisé par les médecins).

Cette réaction est observable lors de la consultation de médecine générale au travers de la décision médicale prise. De manière plus globale, des « tendances » de réactions face à l'incertitude déterminent une typologie de pratiques en médecine générale.

4.1. Incertitude et décision médicale en consultation

4.1.1. La tolérance (ou « acceptabilité ») comme réaction de gestion de l'incertitude

Il existe une ambiguïté du terme « tolérance » dans la littérature. En effet, la bonne ou mauvaise tolérance désigne parfois un ressenti, un état émotionnel (décrit précédemment) face à l'incertitude ; dans d'autres travaux il désigne un comportement, une action (ou non-action).

C'est le cas des travaux de M. Lorenzo où le terme 'tolérance' est utilisé pour parler du mode de réaction face à l'incertitude, soit la gestion de celle-ci. La bonne tolérance est alors décrite comme la « capacité du médecin à mener à bien sa consultation sans connaître avec exactitude les mécanismes physiques, biologiques et psychologiques à l'œuvre chez son patient » ; ou encore comme « l'état du médecin ne ressentant pas le besoin d'augmenter son niveau de certitude pour prendre en charge le patient d'une façon acceptable pour l'ensemble des acteurs (le médecin, le patient, la société).» (28)

Dans cette thèse nous avons choisi de renommer le concept de tolérance décrit par M. Lorenzo par le terme « acceptabilité » pour éviter toute confusion dans le langage entre ce qui relève du ressenti et de la réaction qui en découle. Par ailleurs, le terme d'« acceptabilité » nous paraît mieux retranscrire la dimension comportementale. Ainsi la réaction d'acceptabilité sera définie comme celle du médecin qui ne ressent pas le besoin d'augmenter son niveau de certitude.

4.1.2. Déterminants d'une bonne acceptabilité de l'incertitude dans la décision médicale

La réaction est le fruit d'un processus décisionnel complexe incluant de très nombreux paramètres qui interagissent entre eux. Le sociologue Gerrity a ainsi résumé ces interactions dans le schéma suivant (21) :

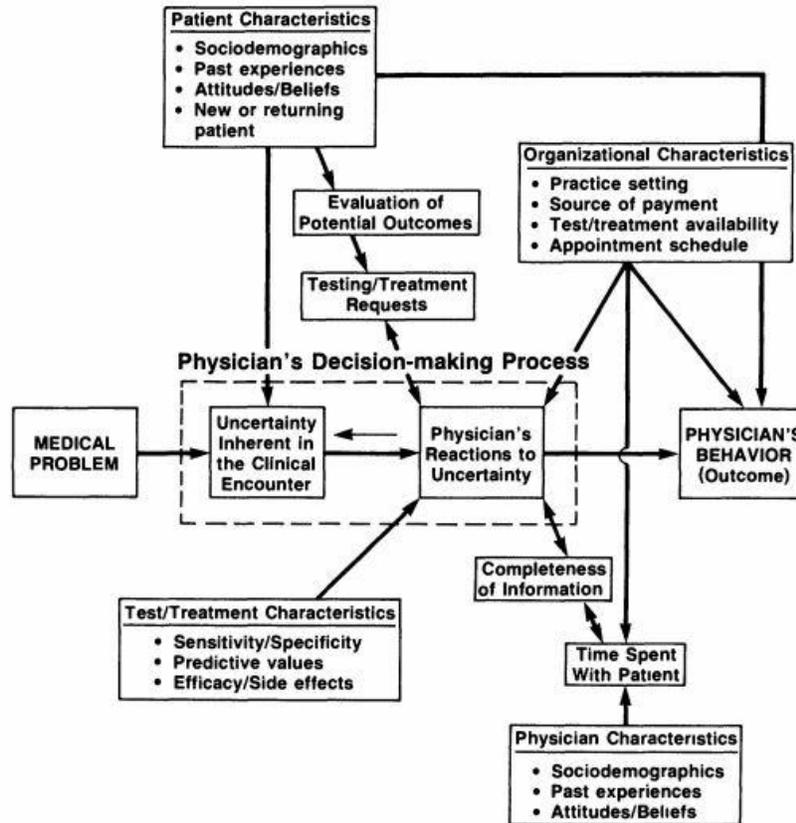


Figure 2: Conceptual model of factors influencing physicians' reactions to uncertainty

Dans son travail, M. Lorenzo catégorise en deux classes les facteurs qui influencent la réaction du médecin et aboutissent à une acceptabilité ou non-acceptabilité de l'incertitude : (28)

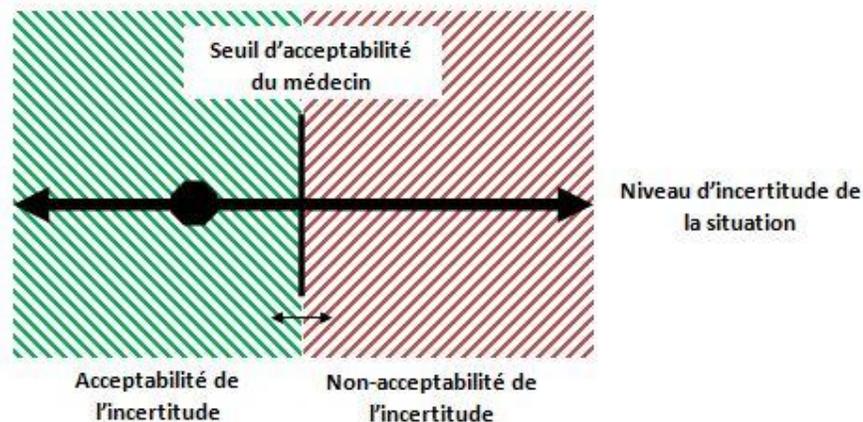


Figure 3 : Facteurs déterminants une acceptabilité ou non-acceptabilité de l'incertitude

D'une part, il y a les facteurs qui modifient le *niveau d'incertitude* de la situation clinique. Ces facteurs sont les données recueillies lors de l'anamnèse, de l'examen clinique ainsi que par les examens paracliniques. Le niveau d'incertitude influence négativement l'acceptabilité : plus le niveau d'incertitude est important, plus la situation risque d'être « non-acceptable » par le médecin.

Exemple : pour un seuil d'acceptabilité donné, l'apparition d'un nouveau signe clinique incompatible avec l'hypothèse formulée augmente le niveau d'incertitude du médecin et modifie sa réaction.

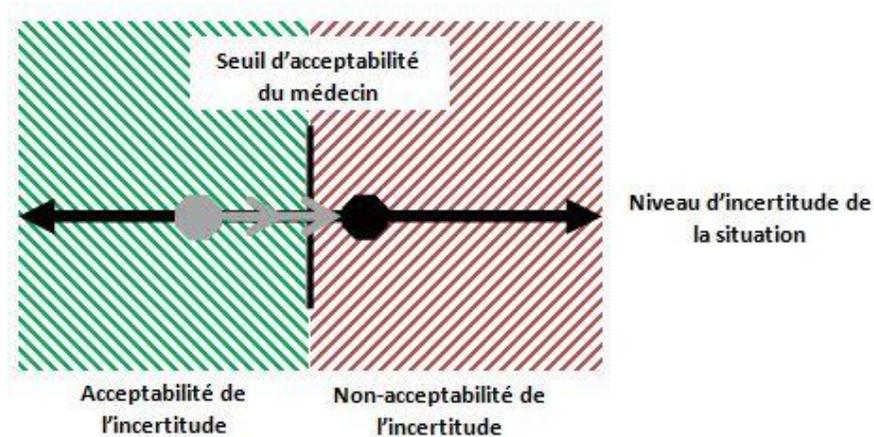


Figure 4 : Influence du niveau d'incertitude de la situation sur l'acceptabilité

D'autre part, il existe les facteurs qui font varier le *seuil d'acceptabilité* du médecin face à l'incertitude. Pour une situation clinique avec un niveau d'incertitude donné, la frontière entre l'incertitude qui est acceptable et celle qui ne l'est plus varie en fonction des paramètres suivants :

- Ceux liés au médecin : caractéristiques sociodémographiques, expérience (académique et pratique), traits de personnalité, affects, tolérance face à l'incertitude.
- Ceux liés au patient : caractéristiques sociodémographiques, expériences, représentations, traits de personnalité du patient.
- Ceux liés à la relation médecin-malade : le type de relation (elle-même résultant des facteurs liés au médecin et au malade) ; l'incertitude liée à la compréhension que le médecin a du patient et réciproquement.
- Le contexte de la consultation (davantage pris en compte chez les médecins expérimentés) : facteur économique, facteur géographique, facteur temps, mode d'exercice, pression médico-légale, etc.

Par exemple, pour une situation clinique donnée (niveau d'incertitude fixe), la réaction du médecin ne sera pas identique si la consultation se déroule un vendredi soir plutôt qu'un mercredi matin par exemple. La situation clinique est la même, mais le risque qui lui est attribué varie (à cause de l'impossibilité de pouvoir reconsulter par exemple). Le seuil d'acceptabilité du médecin a été déplacé car le risque estimé est plus grand.

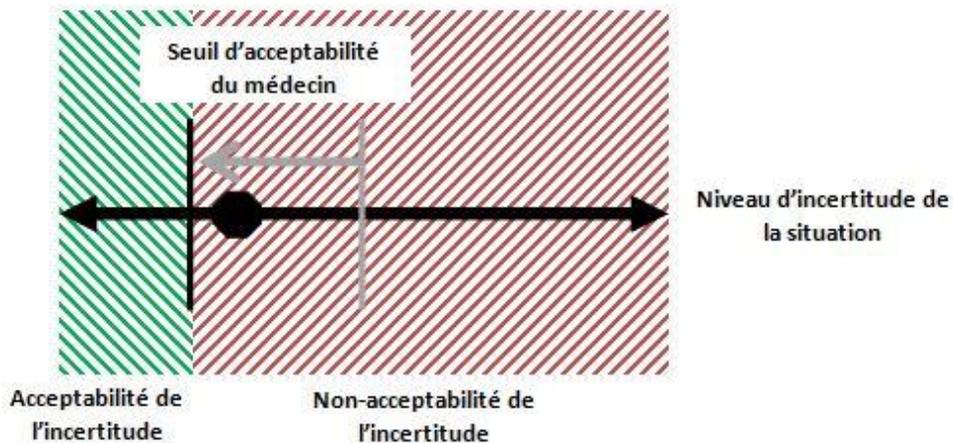


Figure 5 : Influence du seuil d'acceptabilité du médecin sur l'acceptabilité de l'incertitude

Le mécanisme d'acceptabilité est donc multifactoriel. Dans une étude ultérieure, M. Lorenzo a montré que, parmi tous les facteurs cités, le déterminant majeur de cette acceptabilité était l'estimation intuitive de la gravité de la situation clinique. (33)

4.1.3. Le raisonnement médical, réponse à l'incertitude ?

« Le raisonnement médical ne cherche pas à atteindre la certitude mais s'attache à traiter l'incertitude. » (9)

Les déterminants de la réaction à l'incertitude sont nombreux. Ceux qui sont pris en compte de manière plus ou moins consciente par le médecin interviennent alors dans ce qui est appelé le raisonnement médical.

Le raisonnement médical peut être défini comme « l'ensemble des processus de pensée et de prise de décisions qui permettent au clinicien de déterminer les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » (34). Plus simplement, le raisonnement médical est le processus cognitif aboutissant à une décision médicale par l'évaluation, l'estimation d'un risque lié à un problème de santé.

Le raisonnement médical est un processus complexe qui reste encore aujourd'hui difficile à décortiquer. Il consiste à émettre des hypothèses et les évaluer en vue de décider de la meilleure action pour le patient. On pourrait distinguer trois étapes qui ne sont ni constantes, ni successives dans le temps et qui peuvent ne pas être conscientisées par le médecin :

- La première consisterait à formuler des hypothèses à partir des informations collectées. Pour cela, il est nécessaire que le médecin stabilise les données, c'est-à-dire qu'il établisse de la certitude au sein de l'incertitude. (18,35) Dans ses travaux, R. Braun propose de distinguer 3 niveaux de certitude clinique à degré d'ouverture variable pour ce qui concerne la question du diagnostic : les symptômes cardinaux, les syndromes ou groupes de symptômes, et les tableaux de maladie. (18) Un 4^{ème} a été ajouté plus tardivement par la SFMG (12) : le « diagnostic certifié » lorsqu'il y a eu confirmation étiologique par un examen paraclinique.
- La notion d'ouverture vers une évolution éventuelle est primordiale pour identifier l'incertitude et faciliter la seconde phase du raisonnement clinique : l'évaluation des hypothèses émises. Cette évaluation se réalise aussi à partir des données collectées (stabilisées), et grâce à différents modes

d'inférence. Les modes d'inférence les mieux identifiés à ce jour sont : le raisonnement hypothéticodéductif (qui prend racine avec la naissance de l'anatomo-clinique), le raisonnement par analogie, les inférences bayésiennes (9), ou encore le gut feeling désormais intégré dans le raisonnement médical (36). (Pour rappel, le gut feeling correspond à une intuition spécifique parfois accompagnée de sensations corporelles qui a un sens d'alarme ou de réassurance pour le médecin.) Tout ce processus d'analyses permet d'estimer un *risque*. Les probabilités et les statistiques tentent de mesurer et quantifier l'incertitude, sans jamais pouvoir la restreindre.

- Enfin, dans une dernière phase, la probabilité/le risque/ le niveau d'incertitude quantifié est confronté au seuil d'acceptabilité du médecin. Cette confrontation détermine la réaction du médecin (cf schémas précédents).

Ainsi, en évaluant l'incertitude, le raisonnement clinique permet de déterminer ce qui est *probable*, phase indispensable à la décision médicale. (13,28)

Ce faisant, il limite l'importance de la place que joue le ressenti dans la réaction du médecin face à l'incertitude. La décision est « rationnelle ». Doit-elle pour autant s'affranchir des affects ?

4.1.4. Jugement clinique et décision médicale : une juste considération des affects

« La sollicitude n'est pas la pitié -faiblesse plus encore que vertu- mais le service et la miséricorde au sens spinoziste, car c'est un mouvement réfléchi et perpétuellement confronté à la réflexion sur le vrai bien de l'autre. »

Jacqueline Lagrée (37)

Pour le médecin, le risque en considérant ses affects est de les laisser s'emballer, jusqu'à parfois se laisser dominer par eux. Le médecin entre alors dans un fonctionnement « patho-logique » où ce qui est probable (la rationalité) n'a plus de place dans la décision médicale.

Pour autant, ne pas considérer ou étouffer ses affects fait entrer le médecin dans une rationalité froide et désincarnée qui déshumaniserait la relation de soins.

Car les affects du soignant sont aussi bénéfiques : la sollicitude est le moteur du soin, et donc des décisions qui précèdent l'action. Il serait imprudent de dire que les ressentis n'ont pas leur place dans la prise de décision médicale et que seul le raisonnement clinique est légitime.

Bien décider ne résulterait donc pas de l'évacuation des affects du médecin (qui est d'ailleurs illusoire !) mais plutôt d'une meilleure culture de ceux-ci. Cette culture consisterait à reconnaître leurs effets bénéfiques (pour le médecin lui-même et le patient) et à savoir les domestiquer. (13)

Quel bénéfice à considérer les affects du soignant ?

Dans les métiers du soin, le phénomène d'accoutumance permet de rendre la souffrance d'autrui plus supportable pour le soignant. Mais cette habitude ou habitude fait courir le risque de la routine qui devient source d'indifférence et d'insensibilité. La relation de soins se déshumanise alors et perd sa fonction thérapeutique. Cultiver la sollicitude qui anime le soignant permettrait d'éviter cet écueil.

Par ailleurs, la sollicitude, comme attention portée à l'autre sous-tendue par la recherche de son vrai bien, amène le soignant à prendre davantage en compte la singularité du patient. Ainsi le soignant apporte une réponse plus personnalisée à la demande du patient.

Il est important de préciser que le soignant « accède » à la singularité du patient par l'écoute de celui-ci et l'exploration de ses affects. Il peut ainsi identifier quelles sont les préférences du patient (ses perspectives et ses valeurs), et les ressources, capacités qui lui sont propres.

Or c'est précisément ce travail répété d'écoute qui risque d'« habituer » le soignant et donc de réduire -par l'indifférence et l'insensibilité que génèrent l'accoutumance- la singularisation et l'humanisation du soin.

Un travail réflexif sur les affects du soignant, lui-même nourri par des apports conceptuels, est donc *nécessaire* pour maintenir dans l'habitude de l'expérience les répercussions positives de ses affects. (13)
La considération des affects (du soignant et ceux du patient) est donc ce qui permet de dessiner le contexte *éthique* de la décision : ce qui est souhaitable et préférable.

La décision médicale est l'aboutissement d'un *jugement* clinique dont les critères sont autant épistémologiques (ce qui est probable : évalué par le raisonnement clinique) qu'éthiques (ce qui est souhaitable et préférable). (13)

La décision médicale juste en contexte d'incertitude, c'est-à-dire qui ne s'affranchit ni de l'épistémologie ni de l'éthique (38), réside donc dans une décision médicale *partagée* où les valeurs et préférences du patient sont pleinement prises en compte. La décision médicale partagée apparaît alors comme le signe d'une gestion aboutie de l'incertitude.

4.2. L'incertitude comme déterminant du comportement médical

Nous avons vu comment l'incertitude est un déterminant majeur dans la décision médicale en consultation tant par les affects qu'elle produit que par le raisonnement médical qu'elle génère en réponse. Pour la sociologue G. Bloy, la manière dont les médecins s'accommodent de cette incertitude détermine non seulement la décision médicale mais aussi le type de pratique du médecin généraliste.

4.2.1. Analyse sociologique des comportements des médecins face à l'incertitude

Puisque « les pratiques sont diverses mais s'organisent finalement toutes autour de la façon de gérer l'incertitude » G. Bloy propose une cartographie de ces dernières en fonction du positionnement des médecins généralistes face à cette incertitude : (8)

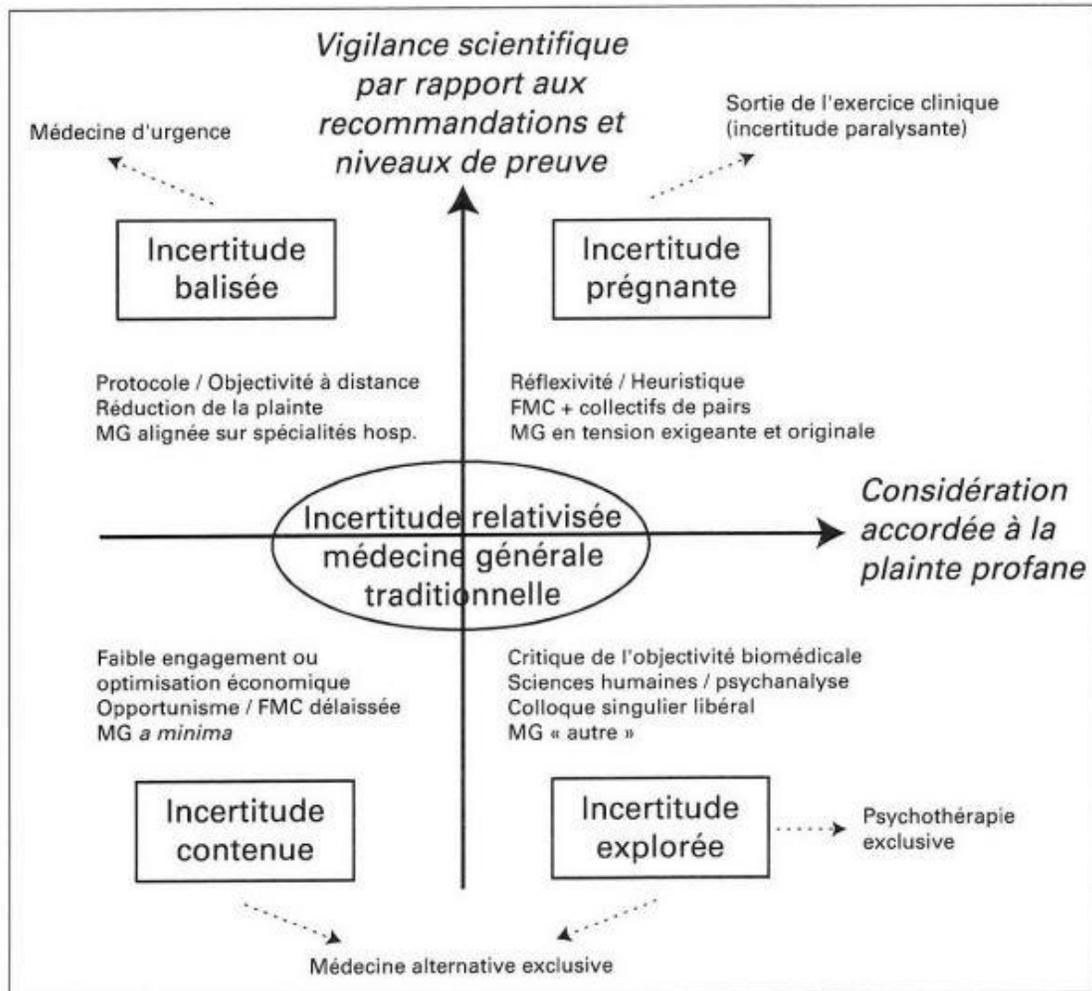


Figure 6 : Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale

Deux axes déterminent le type de pratique de médecine générale :

- Le premier, horizontal, correspond à l'incertitude introduite dans le cabinet par la forme « brute » de la plainte du patient, qui dépasse parfois le cadre biomédical.
- Le second, vertical, correspond à l'incertitude liée à la maîtrise du savoir biomédical et de son évolution.

Ainsi se distinguent cinq modes de pratiques :

- L'incertitude *relativisée* : c'est ainsi que G. Bloy définit la pratique de la médecine générale traditionnelle. L'incertitude est relativisée par la confiance du médecin en son expérience et par son optimisme lié aux faibles prévalences dans ses conditions d'exercice. Selon les situations, la pratique traditionnelle de la médecine générale emprunte aux quatre autres types de pratique.
- L'incertitude *balisée* : elle correspond à la pratique du médecin qui considère peu la plainte profane et adopte une stratégie de réduction de celle-ci à la faveur des standards scientifiques connus et maîtrisables qui font autorité. Il y a minimalisation des plaintes et centrage sur l'hypothèse grave plutôt que le patient.
- L'incertitude *prégnante* : elle correspond à la pratique où le niveau d'incertitude est maximal. Le médecin a l'exigence d'une compétence technique dans la prise en charge des pathologies, et cela sans réduire la plainte du patient à une dimension uniquement biomédicale (prise en compte des

dimensions organiques, sociales, psychiques, etc.). Elle constitue une pratique réflexive ambitieuse.

- L'incertitude *explorée*. Dans cette pratique, le médecin marque une prise de distance avec les standards de la biomédecine les trouvant soit déshumanisants, soit inadaptés. Il valorise la connaissance de proximité, individualisée, le pouvoir de l'écoute, de la parole, ou du geste non technique. Le colloque singulier prend une place fondamentale.
- L'incertitude *contenue* définit la pratique du médecin guidé par la minimalisation des efforts et / ou la maximalisation des profits. Dans cet exercice, le confort de l'exercice prime largement sur la qualité des soins. Les pratiques y sont en fait relativement hétérogènes selon la prédominance de l'un ou l'autre trait (dénier de l'incertitude/incertitude occultée, ou au contraire multiplication des actes, etc.).

A chaque forme d'accommodation correspond des écueils. Les flèches en pointillé représentent les fuites logiques capables de faire basculer certains médecins en dehors de l'exercice clinique de la médecine générale.

4.2.2. EBM, le choix de l'incertitude prégnante

« La bonne médecine clinique devra toujours mélanger l'art de l'incertitude avec la science de la probabilité » Osler (39)

C'est dans un contexte de forte hétérogénéité des pratiques et pour améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'émerge l'evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves) au 20^e siècle. L'EBM est définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique pour prendre des décisions pour la prise en charge personnalisée des patients » (10). Elle est un paradigme fondant le caractère scientifique et objectif de la médecine en rupture avec l'idiosyncrasie et la casuistique de l'art médical (40).

Si certains lui reprochent de proposer « une méthode de gestion des risques contribuant à la standardisation de la pratique médicale et à la déshumanisation de la relation entre soigné et soignant », c'est ne pas considérer l'EBM dans sa totalité.

En effet, l'EBM propose au médecin de s'appuyer sur des outils épidémiologiques et statistiques validés par des études expérimentales rigoureuses plutôt que sur leur expérience clinique individuelle dans la prise de décision. Pour autant elle ne se désintéresse pas de la singularité du patient, la décision médicale doit aussi prendre en compte les valeurs et préférences de ce dernier. (41) La décision apparaît ainsi comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient. » (10).

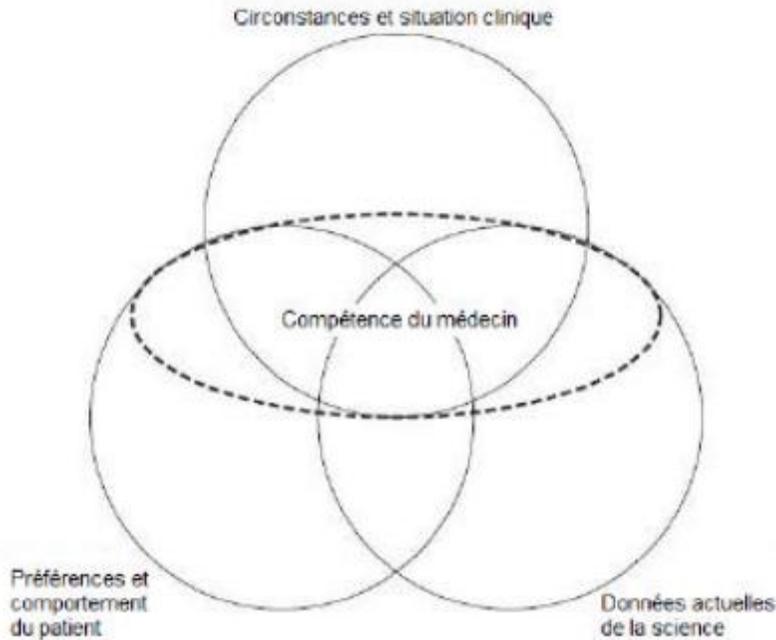


Figure 7 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes

L'EBM est donc une proposition de pratique médicale répondant autant à l'incertitude liée au savoir qu'à celle liée au sujet. Elle apparaît donc comme une réponse à l'incertitude prégnante décrite par G. Bloy.

Cependant, il est nécessaire de préciser qu'il existe des écueils à éviter dans la démarche que propose l'EBM face à l'incertitude.

« Ce n'est pas la recherche de la preuve qui légitime la thérapeutique mais bien l'Homme malade qui l'appelle à son secours. » (42)

Si elle ne standardise pas, l'EBM reste normative puisqu'elle définit ce qui peut être considéré comme validé (hiérarchie dans les niveaux de preuve). Ainsi une thérapeutique est considérée comme efficace si elle a montré une action supérieure à celle d'un placebo. (43) Deux écueils en découlent :

- Discréditer les thérapeutiques qui ne peuvent être testées en double insu (thérapies complexes, régimes alimentaires, activités physiques, médecines alternatives)
- Dévaloriser l'effet placebo et donc les composantes symboliques du remède (relation médecin-malade, etc.) alors même que l'objectif du soignant est de soulager et donc d'optimiser cet effet placebo. (4,42)

Ainsi, une EBM trop restrictive (qui ne considérerait et prescrirait que les thérapeutiques jugées comme efficaces) pourrait être une perte de chance pour le patient, et ce particulièrement dans les situations où l'incertitude de niveau 2 est importante (SMI, etc.). (43,44)

Les réactions du médecin face à l'incertitude

→ À l'échelle de la consultation :

- Acceptabilité ou non de l'incertitude
- Réaction d'acceptabilité déterminée par
 - ✓ le niveau d'incertitude de la situation rencontrée
 - ✓ le seuil d'acceptabilité du médecin (tous les deux variables)
- Le raisonnement médical, une méthode d'évaluation de l'acceptabilité pour rationaliser la décision dans l'incertitude.
- La décision, aboutissement d'un jugement entre raisonnable, souhaitable, et préférable

→ A l'échelle sociologique :

- L'accommodement des médecins face à l'incertitude déterminent des pratiques médicales diverses
- L'EBM, une proposition de pratique pour répondre à l'incertitude prégnante

5. Conséquences d'une mauvaise tolérance à l'incertitude

5.1. Pour le médecin

La mauvaise tolérance du médecin face à l'incertitude détériore le vécu de son exercice :

Dans une étude suisse en 2002, la mauvaise tolérance à l'incertitude des médecins était très étroitement corrélée à une mauvaise satisfaction au travail ; cette corrélation était plus forte encore chez les étudiants. (27)

Des études suisse et australienne ont aussi montré une association entre mauvaise tolérance et majoration du risque d'épuisement professionnel. (45,46)

De même, une étude finlandaise en 2012 montrait que les étudiants de 5e année qui toléraient moins bien l'incertitude craignaient davantage de faire des erreurs médicales et considéraient le travail du médecin généraliste comme éprouvant. (24)

Une étude américaine a montré une association entre la mauvaise tolérance et la peur des poursuites pour fautes professionnelles ainsi qu'entre la mauvaise tolérance et une tendance à la pratique défensive. (47)

Dans le cas contraire, une bonne tolérance à l'ambiguïté [terme recouvrant parfois le même concept que l'incertitude dans la littérature] était corrélée à une plus grande capacité à gérer des cas complexes. (48)

Sur le plan personnel, certaines caractéristiques ont été associées à une mauvaise tolérance de l'incertitude : rigidité mentale et traits de personnalité négatifs (conformisme, préjugés ethniques) chez les médecins (49), niveau d'anxiété dans leur vie personnelle plus important (27).

5.2. Pour le patient

La conséquence la plus évidente pour le patient de cette incertitude est le risque d'erreur.

Les écueils dans la gestion de l'incertitude sont nombreux : minimiser la plainte pour réduire l'incertitude, nier l'incertitude, choisir la solution qui limite les affects inconfortables liés à l'incertitude (surprescriptions, surmédicalisation, pratique défensive), etc. Toutes ces mauvaises gestions de l'incertitude augmentent le risque d'erreur dans le diagnostic (augmentation du risque d'incidentalomes par exemple) et dans la prise en charge.

La surmédicalisation et l'erreur médicale entraînent une perte de chance voire des dommages pour le patient. (50) C'est donc la sécurité des soins ainsi que leur qualité qui est en jeu dans la problématique de l'incertitude.

D'autre part, des études montrent que la communication de l'incertitude influe positivement sur la satisfaction du patient. Quand l'incertitude est communiquée, les patients ont tendance à être plus satisfaits de la décision prise par le médecin et ils se montrent plus impliqués dans la prise en charge (51–53).

5.3. Dans la relation médecin-malade

Effets sur la communication :

Une étude américaine en 1998 montrait que les médecins qui toléraient moins bien l'incertitude avaient plus de réticence à communiquer avec le patient (54).

Par contre, les médecins qui exprimaient plus leur incertitude avec les patients avaient un discours plus positif et donnaient plus d'informations aux patients (53).

Effets sur la relation :

Dans cette même étude américaine, les médecins qui toléraient mal l'incertitude étaient plus susceptibles de porter les accusations sur les patients (54). Dans une étude chez des étudiants en médecine, le psychiatre suisse C. Pawlak a aussi mis en lien le besoin de contrôle des incertitudes (mauvaise tolérance) avec l'érosion de l'empathie (55).

Au contraire, l'empathie des étudiants en médecine qui ont les meilleures tolérances à l'incertitude se détériore 3.69 fois moins vite que les autres (56). Les médecins qui communiquent leurs incertitudes construisent davantage de partenariat avec les patients (53). Cette communication de l'incertitude remodèle et renforce positivement la relation médecin-malade dans la plupart des cas. (29) Et elle est associée à une confiance plus importante du patient envers le médecin (57).

« L'expérience montre que le partage de l'incertitude construit la confiance autant que celui du savoir. Par ailleurs, il n'est pas de confiance sans incertitude, et pas de dépassement d'incertitude sans confiance » (58)

5.4. Pour la société

Les premières études en 1998 ont montré un lien direct entre le niveau d'anxiété due à l'incertitude ressentie par les médecins et leurs dépenses de santé (examens paracliniques, prescriptions médicamenteuses, etc.). Ainsi une augmentation de 3.5 points sur l'échelle d'anxiété liée à l'incertitude augmente de 17% les dépenses de santé (54).

Au contraire, plus la tolérance à l'incertitude des médecins était élevée plus leur conscience des dépenses de santé engendrées augmentaient (59).

Ces données ont été récemment confirmées par une thèse en 2018 en France qui montrait que l'anxiété était associée au surdiagnostic et que la mauvaise tolérance était une des composantes explicatives de la surmédicalisation. (60)

Le surdiagnostic et la surmédicalisation est provoquée par le médecin intolérant à l'incertitude qui sur-utilise les moyens technologiques à sa disposition pour augmenter son niveau de certitude. Outre les dépenses financières inutiles que cela représente pour la société, un recours non raisonné aux technologies risque aussi de déresponsabiliser le médecin.

En effet, aujourd'hui le niveau de technologie affaiblit le savoir-faire du médecin en dépassant ses mécanismes cognitifs (outils d'aide à la décision médicale, intelligence artificielle, etc.). Devant la rapidité et la complexité des tests fournis par la technologie, le médecin avec une mauvaise tolérance à l'incertitude risque de se « désintéresser » de la décision médicale pour devenir un simple exécutant de machines et algorithmes technologiques. Le médecin perdrait alors une certaine fonction de régulation. (6)

Conséquences d'une mauvaise tolérance du médecin face à l'incertitude

- ➔ Pour le médecin :
 - Un mauvais vécu de son exercice
 - Des répercussions dans sa vie personnelle
- ➔ Pour le patient (par le risque d'erreur, de perte de chance, de dommages) :
 - Diminution de la sécurité des soins
 - Diminution de la qualité des soins
- ➔ Dans la relation médecin-malade :
 - Altération de la communication : diminution de l'information délivrée
 - Diminution de l'empathie du médecin
 - Diminution du partenariat
- ➔ Pour la société :
 - Augmentation des dépenses de santé
 - Risque de déresponsabilisation du médecin

6. Quels outils pour gérer l'incertitude en médecine générale ?

Nous avons peu trouvé d'études spécifiques recensant ou évaluant les différents moyens de gestion de l'incertitude (61,62). Voici une synthèse des outils proposés ou suggérés dans la littérature (6,8,12,22,29,44,61-69) :

6.1. Outils concernant le patient

Apprendre à écouter et comprendre le patient :

- Cerner sa compréhension des symptômes
- Évaluer la gravité ressentie par le patient

Apprendre à saisir la singularité du patient :

- Identifier les valeurs du patient
- Comprendre quelles sont ses attentes, ses craintes, ses perspectives
- Évaluer ses ressources, les moyens à sa disposition pour faire face
- Identifier son rapport à l'incertitude

Apprendre à évaluer son problème de façon approfondie :

- Établir des certitudes cliniques par une anamnèse et un examen clinique minutieux.
(Un médecin peut être certain que son patient est en sécurité et qu'il ne présente rien de grave sans pour autant connaître le diagnostic avec certitude.)
- Explorer son environnement

6.2. Outils concernant le médecin

Savoir identifier l'incertitude et son propre niveau de tolérance :

- Savoir identifier les sources d'incertitude : « pourquoi je ne sais pas ? »
- Connaître son propre seuil de tolérance, ses limites
- Travailler sur ce ressenti par la réflexivité

Outils pour diminuer l'incertitude :

- Apprendre à mobiliser et diversifier ses ressources pour diminuer l'incertitude de type 1 :
Internet, carnet d'adresses, outils d'aides à la décision, www.ebmfrance.net, dictionnaire des résultats de consultation, etc.
- Diminuer l'incertitude de type 3 par le moyen d'intervisions type groupe d'échanges de pratiques (GEP), le travail en réseau, etc.
- Développer une vision synchronique des consultations pour acquérir une approche plus holistique (modèle bio-psycho-social)
- Se former en communication et sciences humaines pour diminuer l'incertitude liée à la communication et au sujet

Outils pour décider dans l'incertitude :

- Évaluer le niveau d'incertitude et stabiliser les données
Niveaux de certitude diagnostique de Braun, Dictionnaire de résultats de consultations (SFMG)
- Savoir évaluer le risque :
 - Réfléchir en termes de :
 - « prévalence » à partir des données épidémiologiques de médecine générale
 - « criticité » : tenir compte de la gravité, de l'urgence, de la curabilité et la vulnérabilité du patient pour une maladie donnée
 - « bénéfice/risque » d'un examen ou d'un traitement
 - Intégrer le contexte dans la décision
 - Formation au raisonnement par probabilités
 - Enrichir et diversifier son raisonnement médical : gut feeling, raisonnement hypothético-déductif, raisonnement analogique, etc.
 - Savoir intégrer la temporalité
 - Apprendre à évaluer dans quelle temporalité s'inscrit le problème de santé présenté pour éventuellement réévaluer dans le temps :
« Le temps est un outil précieux à condition que l'état du patient le permette »
 - Apprendre à intégrer la temporalité du patient : différer permet d'autonomiser le patient et ainsi de diminuer l'incertitude relationnelle (entretien motivationnel)
- Apprendre à utiliser à bon escient ses émotions

6.3. Outils concernant la relation médecin-malade

"...la confiance ne se crée pas en transformant, par simple conviction, l'incertitude en certitude. Elle suppose que, à tout moment, les doutes et les connaissances soient partagés." B. Kiefer.

- Connaître les déterminants socioculturels de la relation médecin-malade
- Savoir communiquer l'incertitude : en fonction du seuil de tolérance du patient (sinon risque d'être anxiogène !) : apprendre à dire « je ne sais pas ».
- Apprendre à exprimer sa sollicitude : se former sur l'empathie pour répondre au besoin de protection bienveillante qu'a le patient et ainsi le sécuriser dans l'incertitude
- Apprendre à partager la décision

Outils de gestion de l'incertitude

- ➔ Concernant le patient :
 - Apprendre à écouter et comprendre le patient
 - Apprendre à saisir la singularité du patient
 - Apprendre à évaluer un problème de santé de façon approfondie
- ➔ Concernant le médecin :
 - Identification de l'incertitude et de sa propre tolérance
 - Outils pour diminuer l'incertitude
 - Outils pour décider dans l'incertitude
- ➔ Concernant la relation médecin-malade :
 - Apprendre à communiquer l'incertitude
 - Apprendre à exprimer sa sollicitude en tant que soignant
 - Apprendre à partager la décision

7. Où en est l'enseignement de la notion d'incertitude en médecine générale ?

7.1. Une formation peu valorisée et insuffisante.

Nous n'avons pas trouvé d'étude dressant un état des lieux des formations existantes à propos de l'incertitude en médecine générale, en France ou dans d'autres pays.
De la même manière, nous n'avons pas trouvé d'étude spécifique évaluant de telles formations.

Pourtant beaucoup d'études soulignent les nombreux intérêts qu'aurait une telle formation : amélioration de la qualité des soins (9), diminution des effets néfastes (sus cités) d'une mauvaise tolérance de l'incertitude (27,45), etc. Par ailleurs, une telle formation aurait une rétroaction positive sur la tolérance des étudiants. En améliorant leur tolérance à l'incertitude, les étudiants seraient moins dans l'évitement des situations à forte incertitude ; en y étant donc davantage confrontés, ils développeraient davantage leurs compétences de communication et de prise de décision dans ces contextes. Ce sentiment de compétence améliorerait à son tour leur niveau de tolérance. (48)

Au contraire, de nombreux auteurs déplorent le caractère absent ou insuffisant (24) de la formation des médecins sur la notion d'incertitude et sa gestion.

Concernant le raisonnement clinique, Chamberlan pointe le fait que l'apprentissage est focalisé sur le début du processus (la génération d'hypothèses) mais qu'il y a très peu d'enseignement sur la prise de décision. (70)

R. Domen estime que « l'ambiguïté » est une « composante sous-estimée de la pratique et de l'enseignement de la médecine qui se perpétue du fait de son absence importante dans nos programmes de médecine » (71).

Grant souligne l'intérêt du travail du portfolio des internes en médecine pour l'apprentissage par la réflexivité (72). Mais pour M. Bettes, si de nombreux outils d'aide à la tolérance et à la gestion de l'incertitude sont de fait déjà présents dans la formation des internes de médecine générale (GEP, RSCA, supervision en stage, etc.), ceux-ci ne sont pas valorisés auprès des étudiants en tant que tels. (22)

La sociologue G. Bloy parle d'une pédagogie en médecine générale axée sur la réflexivité avec des contraintes « contre-productives ». (73)

7.2. Quand et comment enseigner la notion d'incertitude en médecine générale ?

7.2.1. Le temps du SASPAS, un moment privilégié

Dans la littérature, plusieurs auteurs suggèrent le SASPAS comme un moment privilégié et particulièrement efficace pour cet enseignement. En effet, il est nécessaire que la prise de conscience de l'incertitude soit préalable à l'enseignement (22). Et celle-ci ne peut se faire que si l'étudiant n'est pas trop encadré lorsqu'il est confronté à l'incertitude (24).

Or c'est particulièrement au cours de ce stage que l'étudiant prend conscience de la difficulté de la décision en médecine générale et de la complexité de l'exercice. (74)

Pour la sociologue C. Ritter, le SASPAS est le moment où s'entrecroisent autonomisation de l'étudiant et encadrement, moment particulièrement propice à l'acquisition de compétence. (71,75)

C'est aussi l'« âge des possibles » où les étudiants –alors qu'ils découvrent l'incertitude- ont encore une grande plasticité et ouverture pour aborder cette notion. (2)

7.2.2. Une formation théorique ... des suggestions de contenu variées

Les suggestions des auteurs concernant le contenu de l'enseignement sont très diverses.

Certains proposent un cadre théorique où le concept d'incertitude et les notions qui y sont liées (les ressentis générés, les conséquences, les moyens pour y faire face, etc.) seraient abordés à partir des données de la littérature (75,76).

D'autres proposent un enseignement autour de l'EBM comme réponse à l'incertitude en sensibilisant les étudiants aux forces et limites de cette approche (39).

Des auteurs recommandent une majoration de l'expression des ressentis des étudiants durant le cursus de formation médicale (77) et une intervention spécifique sur leur niveau d'anxiété (33).

Enfin certains axent l'enseignement de l'incertitude sur le développement de la compétence « raisonnement clinique » de l'étudiant, en insistant sur l'approche probabiliste propre à la médecine générale (78).

Peu d'auteurs se positionnent sur le format pédagogique d'un tel enseignement. Seul B. Motte suggère une pédagogie par concordance qui semble intéressante pour enrichir l'épistémologie des étudiants en les exposant à différents contextes de médecine générale issus de la pratique. (67) Cette méthode pédagogique permettrait de déterminer la qualité du raisonnement clinique, du jugement (éthique, professionnalisme) ou de l'imagerie par la concordance ou non avec les opinions d'expert. (79,80)

7.2.3. La formation dans la pratique : lieu idéal d'acquisition de compétences, aujourd'hui sous-exploité

- *Un lieu idéal pour l'acquisition de compétences*

« *L'apprentissage se fait moins en refaisant qu'en analysant ce qui a été vécu.* » (81)

La gestion de l'incertitude apparaît comme une compétence indispensable au médecin généraliste. Puisque la logique de compétence est une logique de capacitation (3) et que la compétence se développe dans l'action (82) et par la réflexivité, la supervision de l'étudiant pendant son stage en médecine générale semble le moyen privilégié pour cet apprentissage.

Certains auteurs estiment même que la complexité de l'apprentissage du jugement clinique est telle qu'elle exige cette supervision (83).

Ainsi, en plus de provoquer des prises de conscience, la présence du superviseur enrichit le questionnement des étudiants en situation (fonction heuristique). La supervision qui en découle peut devenir le lieu d'un compagnonnage cognitif précieux dans l'apprentissage de la gestion de l'incertitude par l'étudiant. (84) En effet, l'expertise médicale ne réside pas tant dans le type de raisonnement que dans la richesse et la qualité de l'organisation des connaissances de l'expert. Le moment de la supervision permet l'accès à cette expertise et le développement de celle de l'étudiant (2,76,85).

Malheureusement, pour de nombreux auteurs, cette ressource reste actuellement sous-exploitée (24). En effet, à cause de leur méconnaissance du processus décisionnel (et sa complexité), le savoir-faire tacite développé par les superviseurs-experts n'est pas explicité auprès des étudiants.(61) Ces derniers obtiennent rarement des explications ou des justifications des hypothèses et interventions cliniques proposées par les superviseurs (61,84).

- *Limites actuelles de l'apprentissage sur le terrain*

La supervision en SASPAS apparaît comme le lieu privilégié de cet apprentissage et reste pourtant sous-exploité. Quelles en sont les causes ?

La première difficulté rencontrée est qu'il existe une grande hétérogénéité des stages proposés. Or l'apprentissage par la supervision est conditionné par les conditions réelles d'exercice (86). Ainsi d'un terrain de stage à l'autre, les étudiants ne bénéficient pas des mêmes conditions matérielles d'exercice, ni de la même qualité de pratique médicale de leur superviseur, ni de la même qualité relationnelle, ou encore de la même éthique professionnelle. Les conditions et la qualité de la supervision sont elles aussi très variables (74). L'apprentissage est donc hétérogène.

D'autre part, les superviseurs ont une compréhension réductrice du concept de compagnonnage. La plupart le limitent à la fonction de l'apprentissage par l'exemple et ont peu de sens éducatif. Ainsi le superviseur enseigne en apportant son expertise clinique à l'étudiant (qui doit donc implicitement assimiler les compétences par lui-même). Les superviseurs sont davantage dans une posture de cliniciens que d'enseignants (2,87).

Enfin les études montrent que lorsque les superviseurs constatent des difficultés chez les étudiants, il est fréquent qu'ils ne s'impliquent pas dans une démarche de remédiation. Comme évoqué précédemment, cet 'immobilisme' est le résultat d'une double méconnaissance. D'une part une méconnaissance des modèles théoriques qui rendent compte des processus du raisonnement clinique. D'autre part, une méconnaissance des processus pédagogiques et des outils à disposition qui permettent de valider leur appréciation et

d'accompagner l'étudiant en difficulté. Cette double méconnaissance les place dans une zone d'inconfort, de doute, d'incertitude, raison pour laquelle ils finissent par se cantonner à la clinique. (2,88)

Enseignement de la notion d'incertitude :

- ➔ Une formation insuffisante et peu valorisée
 - ✓ Formation spécifique absente des programmes
 - ✓ Outils actuellement mis en place pendant le DES de MG peu valorisés
 - ✓ Supervision sur ce sujet insuffisante

- ➔ Quelles propositions d'enseignement ?
 - ✓ Le SASPAS, un moment privilégié pour la prise de conscience et l'acquisition de compétence
 - ✓ Enseignement théorique : peu de propositions sur la pédagogie, nombreuses propositions de contenus
 - ✓ Enseignement pendant la pratique : lieu de compagnonnage entre expert et étudiant

Suite à cet état des lieux, nous avons choisi de travailler sur l'enseignement de l'incertitude et d'évaluer l'intérêt d'une formation « théorique » sur ce sujet auprès des étudiants en médecine générale.

❖ **MATERIEL & METHODES**

1. Schéma expérimental

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'intérêt d'une formation sur l'incertitude chez des internes en stage de médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le besoin des internes concernant la formation sur ce sujet ; de faire un état des lieux de l'enseignement de l'incertitude dans les DMG de France ; d'évaluer l'impact du stage ambulatoire sur la tolérance à l'incertitude.

Pour répondre à l'objectif principal de cette étude, nous avons mené une étude interventionnelle contrôlée et randomisée.

L'étude s'est déroulée d'avril 2018 à novembre 2018, à Paris.

La population d'étude était celle des internes du département de médecine générale (DMG) de la faculté de médecine Paris Descartes. Les internes inclus dans l'étude étaient ceux en cours de stage ambulatoire - niveau 1, SASPAS ou pôle mère-enfant- lors de la réalisation de l'étude. Il n'existait aucun critère d'exclusion.

L'intervention consistait en un enseignement de 2h sur la notion d'incertitude : sa place dans l'exercice, les enjeux qui y sont liés, et sa gestion en médecine générale.

Le critère de jugement principal était l'échelle de tolérance à l'incertitude PRU, validée en français. (89)

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement extérieur.

Les auteurs n'avaient aucun conflit d'intérêt.

Concernant les avis éthiques, ce projet de recherche ne nécessitait pas d'avis du Comité de la Protection des Personnes (CPP) d'après la loi Jardé. Une autorisation simple de la CNIL a été reçue après remplissage du questionnaire MR-004 destiné aux études et évaluations dans le domaine de la santé.

2. Construction

2.1. Élaboration du questionnaire

Une première ébauche du questionnaire a été réalisée. Il contenait trois parties :

- La première recueillait les caractéristiques de la personne interrogée. Celles-ci concernaient :
 - Le sexe
 - L'âge
 - L'expérience professionnelle : identification du stage ambulatoire en cours, expérience de remplacement antérieur
 - La projection professionnelle : type d'exercice envisagé (spécialisé ou non), mode d'installation envisagé (seul, en groupe, etc)
 - Les trois premières lettres des noms et prénoms ont été demandées afin d'éviter les doublons de réponse (le questionnaire ayant été envoyé à plusieurs reprises) tout en conservant l'anonymat.

- La seconde partie du questionnaire correspondait à l'échelle PRU en français. Cette échelle comprend 15 questions, réparties en 4 sous-échelles :
 - 5 questions évaluent l'anxiété liée à l'incertitude
 - 3 questions évaluent l'inquiétude quant aux conséquences négatives
 - 5 questions évaluent la réticence à révéler l'incertitude au patient
 - 2 questions évaluent la réticence à parler de ses erreurs aux confrères
- La dernière partie concernait l'avis des internes sur la formation à l'incertitude :
 - 1 question recensait les formations (lieux et formats) reçues sur ce sujet
 - 2 questions évaluaient leurs attentes et besoins sur ce sujet

Ce premier questionnaire a été envoyé à 10 internes non inclus dans l'étude afin de le tester et l'améliorer. Nous avons obtenu 6 commentaires en retour : trois concernaient la formulation des questions de l'échelle PRU qui apparaissaient comme floues ou redondantes. Les questions concernées n'ont pas été modifiées du fait de la validation de l'échelle. Les autres concernaient les questions liées au mode d'exercice envisagé et au format d'enseignement sur l'incertitude souhaité. La troisième partie du questionnaire a donc été adaptée à partir de ces remarques jusqu'à obtenir sa forme définitive (cf. annexe).

Le questionnaire a été réalisé sur le logiciel Google Form pour pouvoir être rempli en ligne par les internes.

2.2. Élaboration de la formation

2.2.1. Travail préliminaire de synthèse de ce qui existe déjà :

Un travail de recherche bibliographique a été réalisé sur la question de l'enseignement de l'incertitude en médecine générale ainsi que sur le contenu d'une telle formation.

Par ailleurs, nous avons pris contact avec la SFMG (Société Française de Médecine Générale) qui fait un important travail sur l'incertitude et le processus décisionnel. Nous avons rencontré certains de ses membres lors du CMGF (congrès de médecine générale France) en mai 2018. Ils nous ont partagé leur matériel de formation (power points et livret) pour nous aider à l'élaboration de notre formation, et ont accepté de relire le script de cette dernière.

Nous avons aussi contacté le CNGE afin de réaliser un état des lieux de la formation sur ce sujet dans les différents DMG de France. Un mail a été envoyé à deux reprises au président du CNGE ainsi qu'à tous les référents formation des DMG français. Ce courriel comportait une description rapide du sujet de cette thèse et interrogeait les DMG sur trois points : comment est enseignée la notion d'incertitude au sein du DMG ; quelles ressources sont mises à disposition des étudiants sur ce sujet ; et si les étudiants doivent produire des travaux spécifiques sur ce sujet.

Enfin nous avons pris contact avec B. Motte, chef de clinique à la faculté libre de médecine de Lille qui réalise une thèse de science sur la formation à la gestion de l'incertitude en médecine générale.

2.2.2. Élaboration de la formation pour le DMG P5

Après avoir reçu une autorisation du DMG pour expérimenter une telle formation sur un créneau de 2h, nous avons rassemblé quelques enseignants du DMG pour élaborer cet enseignement.

Nous avons proposé ce travail à 10 enseignants, 9 ont répondu positivement. Une première séance de travail d'une durée d'1h30 a eu lieu en avril 2018. La réflexion était structurée autour de 4 questions :

- Quels seraient les objectifs d'une telle formation ?
- Quels seraient les messages avec lesquels les étudiants devraient sortir ?
- Quelle pourrait être la méthode pédagogique pour une formation de 2h ?
- Quel matériel serait nécessaire pour les étudiants et / ou enseignants ?

A partir d'un travail de synthèse de ce qui avait été échangé, nous avons proposé une deuxième séance de travail en mai 2018. Cinq enseignants ont à nouveau participé. Ce travail a abouti au script final de la formation.

Celui-ci a été relu et approuvé par des membres de la SFMG.

2.2.3. Script de la formation élaborée

La formation obtenue était composée de 3 parties avec des objectifs et moyens pédagogiques propres :

L'objectif de la première partie était de faire prendre conscience aux étudiants de l'incertitude et des ressentis/réactions qu'elle peut générer. Pour cela, des vignettes cliniques étaient présentées aux étudiants. Les situations exposées étaient représentatives de la pratique quotidienne de la médecine générale et comportaient de l'incertitude diagnostique et thérapeutique. Elles étaient suivies de quelques questions pour amorcer la réflexion (script de la formation en annexe).

La seconde partie avait pour finalité d'apporter une base de connaissances sur les concepts liés à l'incertitude. Pour cela, nous avons envoyé par mail aux étudiants des articles à lire en amont de la formation. Il s'agissait de l'article *Tolérance à l'incertitude en médecine générale* de M. Lorenzo dans la revue *Exercer* en 2014 (112 suppl 1 :S6-S7) et de la fiche n°31 *Apprivoiser l'inévitable incertitude* du manuel théorique de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale, SFMG. Durant la séance un débriefing de ces lectures était proposé. Au décours, un court diaporama était montré aux étudiants : il synthétisait les différentes sources d'incertitude en médecine générale, les ressentis possibles lors de cette confrontation, et les conséquences d'une mauvaise tolérance du médecin.

La dernière partie avait pour objectif l'acquisition de moyens pour faire face à l'incertitude. Le travail se voulait réflexif à partir de l'élaboration du groupe, nous avons donc utilisé la méthode du métaplan. La question « En essayant de vous souvenir de situations d'incertitude vécues, quels moyens avez ou auriez-vous pu utiliser pour mieux gérer l'incertitude ? » était posée aux étudiants, et ceux-ci étaient invités à noter deux ou trois éléments de réponse sur des post-its. Chaque réponse était ensuite présentée au groupe et disposée sur un tableau. Un débriefing était ensuite proposé au travers d'une catégorisation des réponses apportées. Pour finir, une diapositive de synthèse des outils de gestion était présentée, et un livret sur l'utilisation du DRC (*Le Dictionnaire des Résultats de consultation. Comment gérer le risque de l'incertitude ? SFMG*) était distribué à chaque étudiant.

Enfin, en conclusion, les étudiants étaient invités à partager chacun un message qu'il gardait de cette formation.

3. Réalisation du protocole

3.1. Population : recrutement & randomisation

Recrutement : nous avons obtenu l'accord du DMG de Paris V pour interroger les internes en médecine générale et réaliser l'intervention sur un format de 2h.

Critères d'inclusion : ont été inclus les internes en cours de stage ambulatoire en médecine générale (niveau 1 ou SASPAS) ou en stage ambulatoire pôle mère/enfant des semestres d'hiver 2017-2018 et d'été 2018.

Randomisation : Il existait 6 groupes d'internes déjà constitués de manière aléatoire : 2 d'internes en SASPAS et 4 d'internes en niveau 1. Un groupe parmi les deux de SASPAS et deux groupes parmi les quatre de niveau 1 ont été choisis aléatoirement pour recevoir la formation sur l'incertitude (groupe formé).

3.2. Réalisation de la formation

Les formations ont eu lieu au cours du deuxième mois de stage durant le semestre d'été.

Elles se sont déroulées sur des créneaux d'une durée de 2h, initialement réservés pour des GEP.

Trois groupes d'une quinzaine d'internes ont reçu la formation, à 2 jours d'intervalle.

Trois enseignants ont donné cet enseignement : le Dr Bloede (directeur de thèse et maître de conférences associé à Paris V), le Pr Schwartz (professeur associé à Paris V ayant participé à l'élaboration de la formation) et moi-même.

3.3. Recueil des données

Méthode de recueil : le questionnaire a été envoyé par mail via le secrétariat du DMG à tous les internes inclus dans l'étude. Il a été envoyé après un mois de stage en début de semestre, et quinze jours avant la fin du semestre. L'envoi du questionnaire a été suivi de deux relances par mail aux internes.

Variables mesurées : l'échelle PRU contient 15 items cotés sur une échelle de Likert de 1 à 6 (1 : « pas du tout d'accord » ; 6 : « tout à fait d'accord »). D'après la validation psychométrique, les items 4, 9, 10 et 12 sont cotés de façon inverse : « pas du tout d'accord » est coté à 6 et « tout à fait d'accord » est coté à 1.

3.4. Analyses statistiques

Pour pouvoir mettre en évidence une variation de 3.5 points de moyenne pour la sous-échelle 'Anxiété liée à l'incertitude', le nombre de sujet nécessaire était de 80 internes et de 244 internes pour la seconde sous-échelle.

Le risque alpha choisi était de 5% et la puissance du test était de 90%.

Nous avons utilisé un t test pour données non paramétriques à caractère bilatéral pour répondre à l'objectif principal. Les conditions de validation de ce test étaient vérifiées (variances des deux groupes égales, groupes indépendants). La différence entre les moyennes était donc considérée comme significative si le degré de signification (p) était inférieur à 0.05.

Afin d'évaluer l'effet Hawthorne durant le semestre d'été, les résultats des internes en fin de semestre d'été ont été comparés à ceux des internes en fin de semestre d'hiver 2017-2018 qui n'avaient pas reçu de formation. Pour cela, nous avons utilisé un test de Spearman.

Tous les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel statistique GraphPad.

Choix du critère de significativité clinique : nous avons choisi de nous baser sur l'étude de JJ Allison et al. pour définir les critères de significativité clinique. En effet, cette étude associe la variation de deux sous-échelles de PRU à l'augmentation des dépenses de santé. Les variations retenues étaient donc :

- Pour l'échelle « Anxiété liée à l'incertitude » : + 3.5 points (équivalent à +17% de dépenses de santé)
- Pour l'échelle « Réticence à révéler l'incertitude au patient » : + 3.26 (équivalent à + 12% de dépenses de santé)

❖ RESULTATS

1. Résultat de l'objectif principal de l'étude

1.1. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée d'avril 2018 à novembre 2018.

156 internes en stage de médecine générale sur deux semestres ont été interrogés, 78 d'entre eux ont été interrogés en début et fin de semestre.

Nous avons obtenu 140 réponses au questionnaire, 139 étaient exploitables dont :

- 36 réponses concernaient les internes en fin de semestre d'hiver (sur 78 internes interrogés)
- 60 réponses concernaient les internes en début de semestre d'été (sur 78 internes interrogés)
- 44 réponses concernaient les internes en fin de semestre d'été (sur 78 internes interrogés)

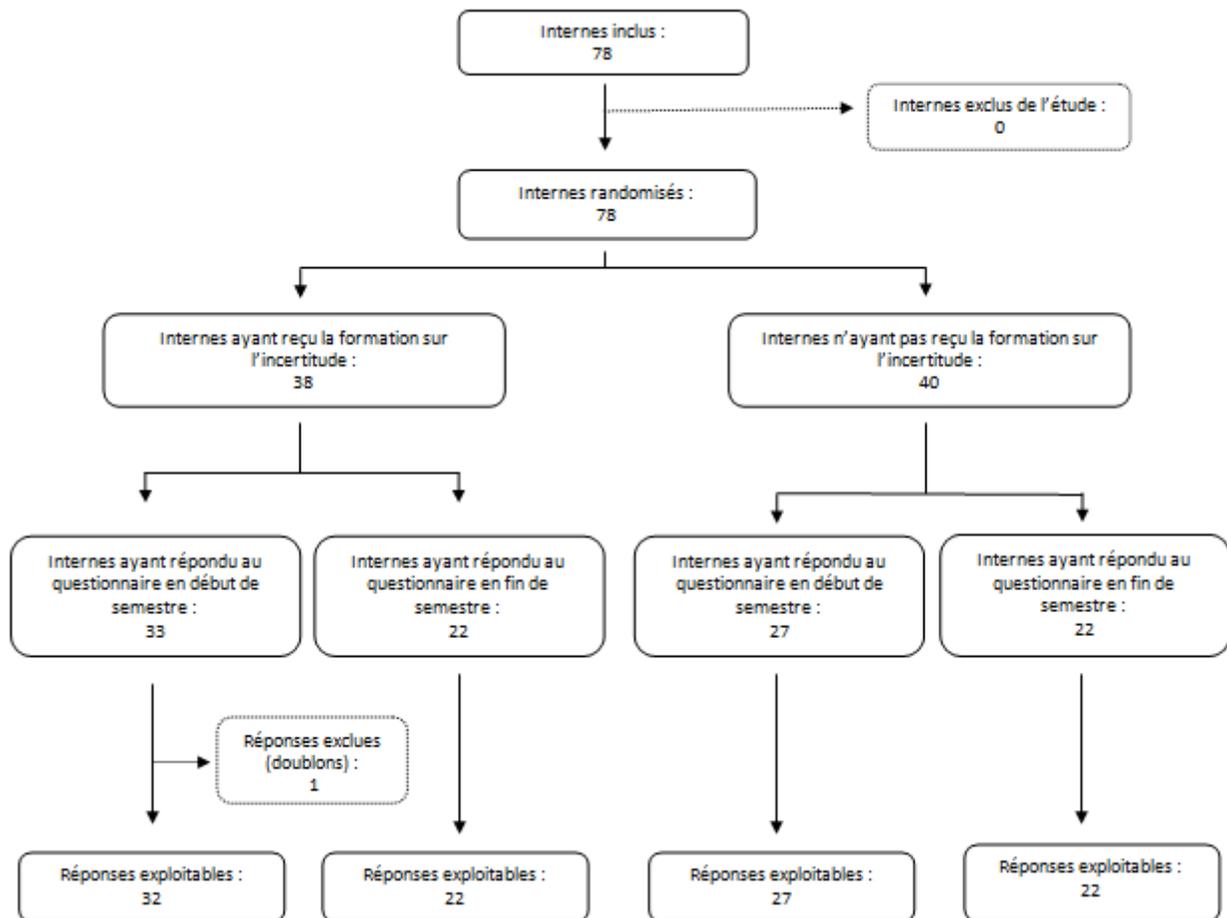


Figure 8 : Diagramme de flux durant le semestre d'été

L'échantillon en fin de semestre d'été était très limité (n=44), la puissance de cette étude était donc faible.

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques des internes ayant répondu au questionnaire à la fin du semestre d'été

		Groupe formé		Groupe contrôle	
		moyenne / effectifs	écart-type / %	moyenne / effectifs	écart-type / %
Âge moyen		27,4	1,8	26,6	1,4
Sexe	Femme	17	77,3%	16	72,7%
	Homme	5	22,7%	6	27,3%
Stage en cours	en stage de médecine générale niveau 1	15	68,2%	12	54,5%
	en SASPAS	6	27,3%	8	36,4%
	en stage ambulatoire pôle mère-enfant	1	4,5%	2	9,1%
Expérience de remplacement	Oui	6	27,3%	7	31,8%
	Non	16	72,7%	15	68,2%

Les deux groupes ne présentaient pas de différence de caractéristiques significatives.

1.3. Résultats

Malgré la faible puissance de l'étude, nous avons donc réalisé un t test à caractère bilatéral pour comparer les moyennes de PRU entre le groupe formé et le groupe contrôle. Les résultats en fonction des sous-échelles de PRU étaient :

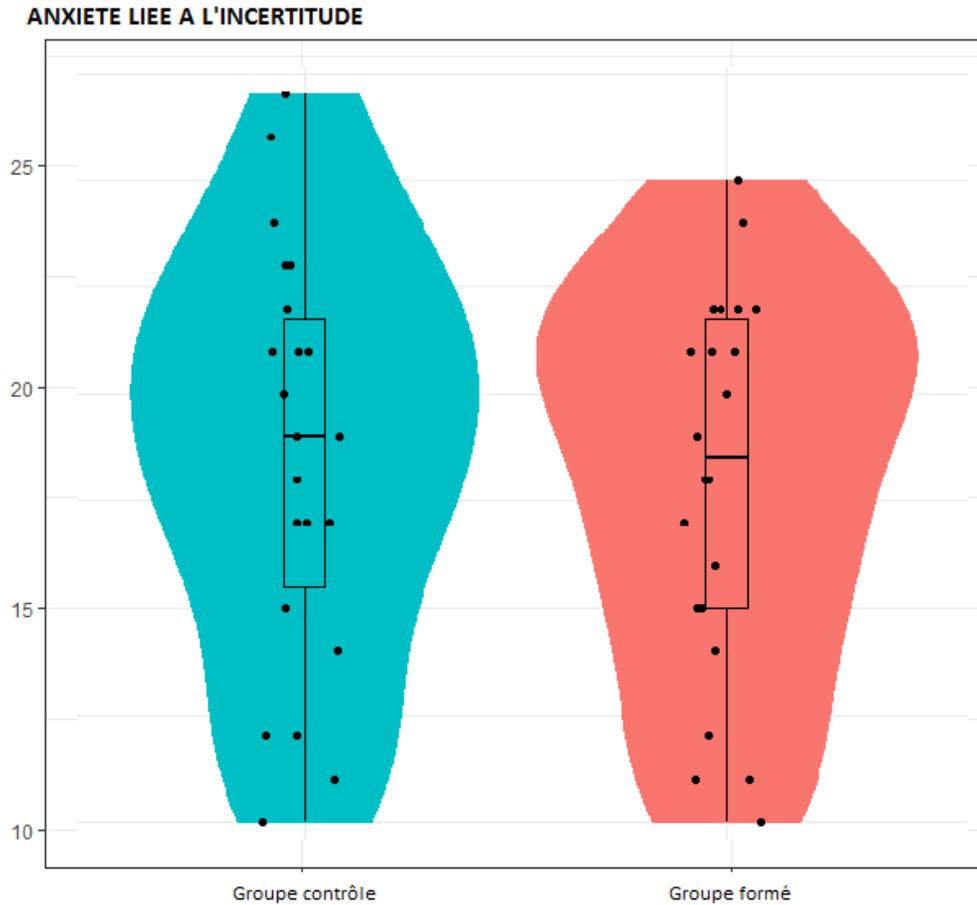
- Anxiété liée à l'incertitude

En fin de semestre, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les scores d'anxiété du groupe formé sur l'incertitude et ceux du groupe non formé.

Tableau 2 : Scores de la sous-échelle « anxiété liée à l'incertitude » en fin de stage

	Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Anxiété liée à l'incertitude	18,59	4,81	18	4,46	0,67

Figure 9 : Dispersion des scores de la sous-échelle « anxiété liée à l'incertitude » en fin de stage



Après régression, il n'y a pas de différence statistique significative hormis une corrélation inverse entre l'âge et le niveau d'anxiété liée à l'incertitude ($r = -0.23$; IC 95% [-0.43 ; -0.051] ; $p = 0.04$).

Tableau 3 : Scores de la sous-échelle « anxiété liée à l'incertitude » en fin de stage, après régression

		Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	18,67	5,16	18,4	4,98	0,93
	Femme	18,56	4,84	17,88	4,46	0,68
Stage	Niveau 1	18,67	5,21	17,8	5,03	0,67
	SASPAS	18,88	5,08	19	3,1	0,96
Remplacement antérieur	Non	17,14	4,14	19,00	3,35	0,40
	Oui	19,27	5,08	17,63	4,86	0,37

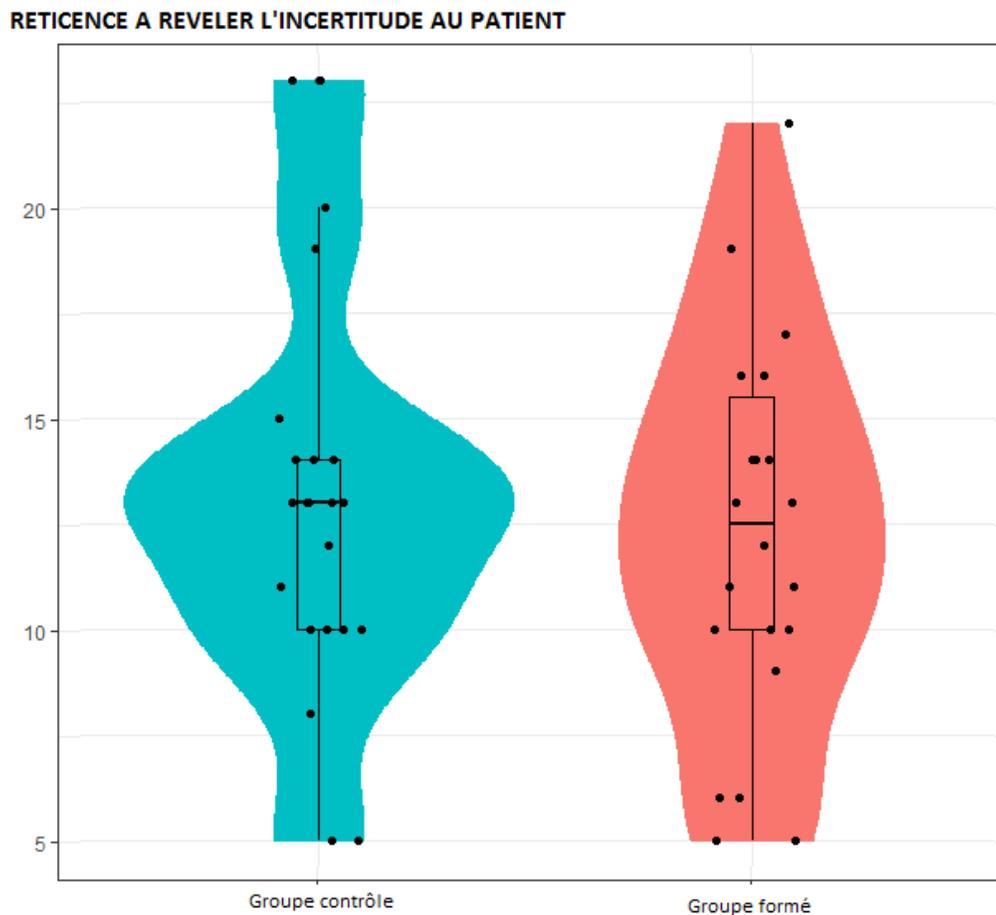
- Réticence à révéler l'incertitude au patient

En fin de semestre, nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les scores de réticence à communiquer l'incertitude au patient du groupe formé sur l'incertitude et ceux du groupe non formé..

Tableau 4 : Scores de la sous-échelle « réticence à révéler l'incertitude au patient » en fin de stage

	Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Réticence à révéler l'incertitude au patient	13,09	4,81	12,36	4,68	0,61

Figure 10 : Dispersion des scores de la sous-échelle « réticence à révéler l'incertitude au patient » en fin de stage



Cependant après régression, on trouve une différence significative entre les hommes du groupe formé qui ont moins de réticence à communiquer par rapport à ceux du groupe non formé (+8.83 points).

Tableau 5 : Scores de la sous-échelle « réticence à révéler l'incertitude au patient » en fin de stage, après régression

		Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	16,83	5,6	8	3,94	0,02
	Femme	11,69	3,77	13,65	4,14	0,17
Stage	Niveau 1	13,83	5,78	13,6	4,88	0,91
	SASPAS	12,5	3,74	9,33	3,08	0,12
Remplacement antérieur	Non	12,00	1,83	12,33	2,94	0,81
	Oui	13,60	5,69	12,38	5,26	0,54

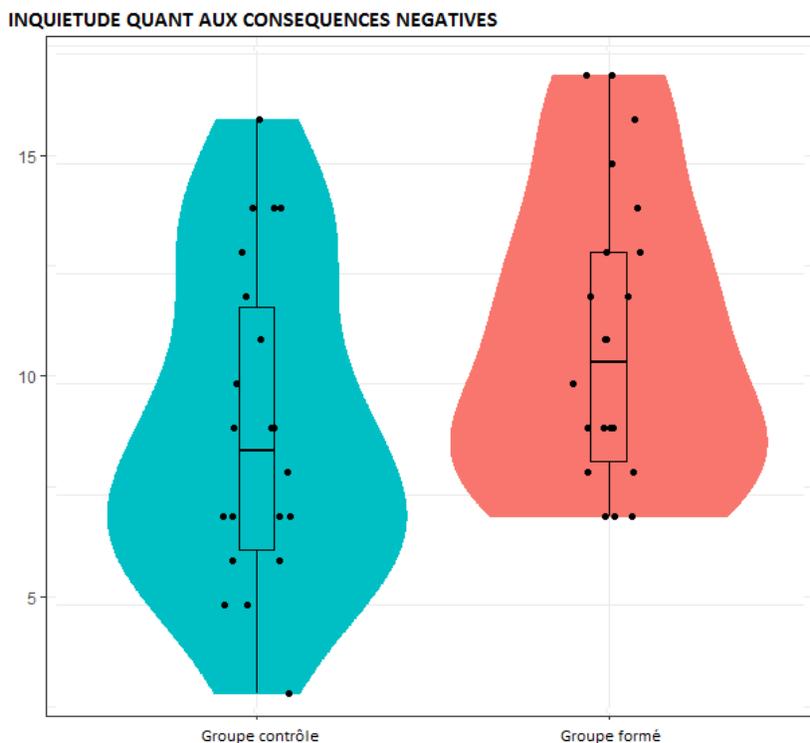
- Inquiétude quant aux conséquences négatives

En fin de semestre, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les scores d'inquiétude du groupe formé sur l'incertitude et ceux du groupe non formé.

Tableau 6 : Scores de la sous-échelle « inquiétude quant aux conséquences négatives » en fin de stage

	Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Inquiétude quant aux conséquences négatives	9	3,56	11	3,27	0,06

Figure 11 : Dispersion des scores de la sous-échelle « inquiétude quant aux conséquences négatives » en fin de stage



Après régression selon le sexe, on obtient une différence significative de ce score : il est plus élevé chez les femmes dans le groupe formé que celles du groupe non formé (+ 2.55 points).

Tableau 7 : Scores de la sous-échelle « inquiétude quant aux conséquences négatives » en fin de stage, après régression

		Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	10	4,6	10,4	4,22	0,88
	Femme	8,63	3,18	11,18	3,07	0,03
Stage	Niveau 1	8,58	4,01	10,67	3,52	0,16
	SASPAS	9,88	3,31	12,17	2,71	0,19
Remplacement antérieur	Non	9,71	2,75	11,17	2,23	0,32
	Oui	8,67	3,92	10,94	3,64	0,11

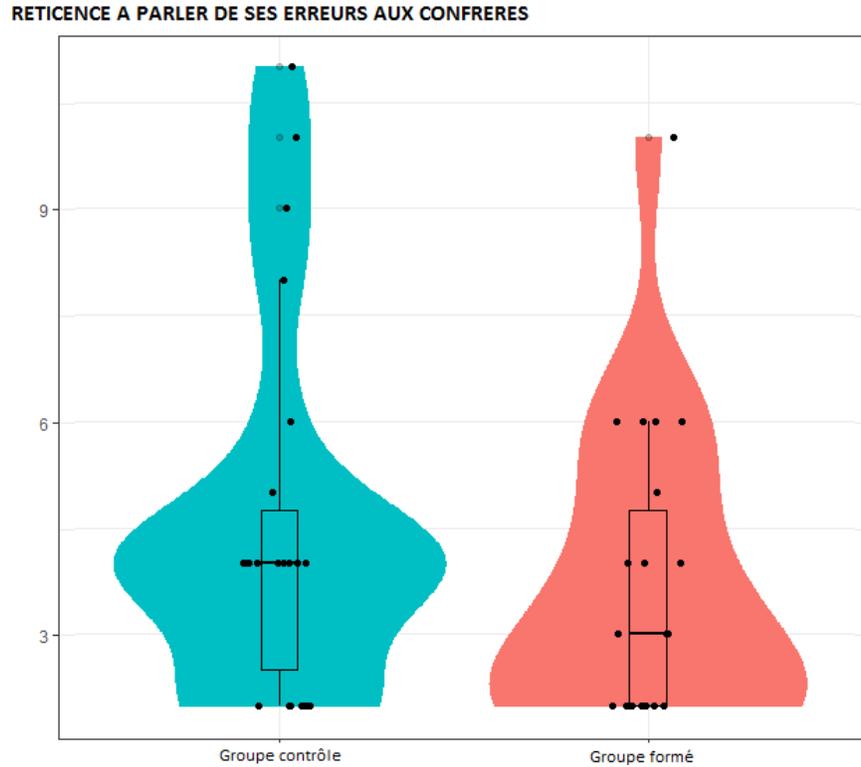
- Réticence à parler de ses erreurs aux confrères

En fin de semestre, nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les scores de communication avec les confrères du groupe formé sur l'incertitude et ceux du groupe non formé, ni après régression.

Tableau 8 : Scores de la sous-échelle « réticence à parler de ses erreurs aux confrères » en fin de stage

	Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Réticence à parler de ses erreurs aux confrères	4,59	2,65	3,64	2,11	0,19

Figure 12 : Dispersion des scores de la sous-échelle « réticence à parler de ses erreurs aux confrères » en fin de stage



Après régression, il n’y a pas de différence significative hormis une corrélation inverse entre l’âge et la réticence à parler de ses erreurs aux confrères ($r = -0.24$; IC 95% $[-0.44 ; -0.010]$; $p = 0.04$).

Tableau 9 : Scores de la sous-échelle « réticence à parler de ses erreurs aux confrères » en fin de stage, après régression

		Groupe contrôle		Groupe formé		Valeur de p
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	4,67	4,18	3,6	3,58	0,66
	Femme	4,56	2	3,65	1,62	0,16
Stage	Niveau 1	5	3,16	4,07	2,25	0,38
	SASPAS	4,13	1,89	2,83	1,6	0,2
Remplacement antérieur	Non	4,29	2,14	3,17	1,60	0,32
	Oui	4,73	2,91	3,81	2,29	0,33

1.4. Comparaison des scores en fin de semestre d’été à ceux des internes en fin de semestre d’hiver

Au semestre d’hiver, le diagramme des flux était :

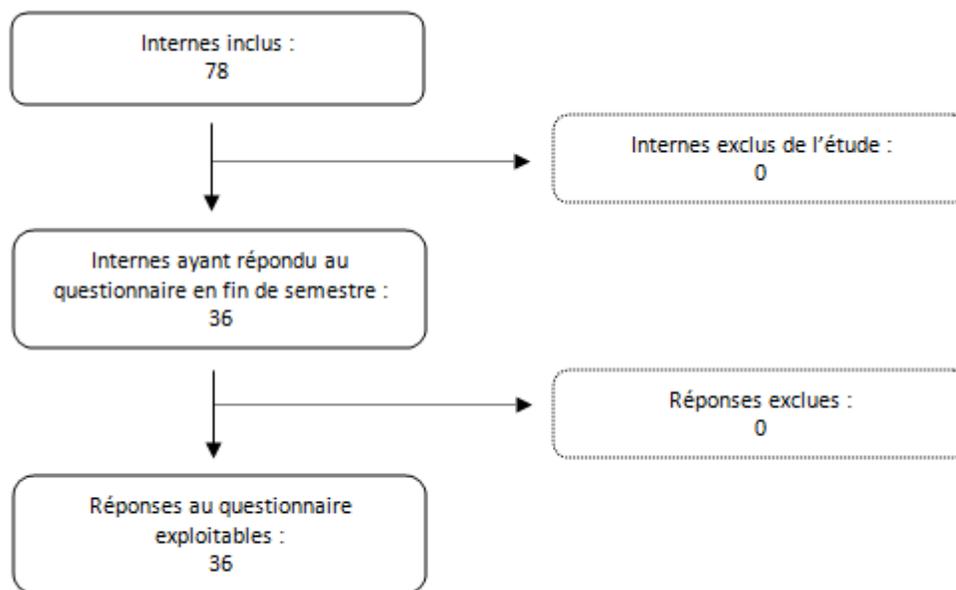


Figure 13 : Diagramme de flux au semestre d'hiver

Les caractéristiques des populations étaient comparables excepté le taux d'internes ayant déjà remplacé (plus élevé chez les internes du semestre d'été).

Tableau 10 : Caractéristiques des internes en fin de semestre et n'ayant pas reçu de formation à l'incertitude

		Semestre d'hiver		Semestre d'été	
		moyenne / effectifs	écart-type / %	moyenne / effectifs	écart-type / %
Âge moyen		26,8	1,9	26,6	1,4
Sexe	Femme	29	80,6%	16	72,7%
	Homme	7	19,4%	6	27,3%
Stage en cours	en stage de médecine générale niveau 1	22	61,1%	12	54,5%
	en SASPAS	11	30,6%	8	36,4%
	en stage ambulatoire pôle mère-enfant	3	8,3%	2	9,1%
Expérience de remplacement	Oui	1	2,8%	7	31,8%
	Non	35	97,2%	15	68,2%

Nous avons réalisé un t test pour comparer les scores des internes en fin de semestre d'hiver et d'été :

Tableau 11 : Scores de PRU des internes en fin de semestre (d'hiver ou d'été)

	Semestre d'hiver		Semestre d'été		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Anxiété liée à l'incertitude	20,33	6,13	18,59	4,81	0,26
Inquiétude quant aux conséquences négatives	12,61	4,14	13,09	4,81	0,69
Réticence à révéler l'incertitude au patient	10,72	4,12	9,00	3,56	0,11
Réticence à parler de ses erreurs aux confrères	3,72	1,85	4,59	2,65	0,15

Nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les scores des internes de la fin du semestre d'hiver ou d'été. On ne peut donc pas conclure à l'existence d'un effet Hawthorne lors du semestre d'été entre les groupes formés et non formés (ce qui aurait pu expliquer l'absence de significativité statistique).

Impact de la formation sur le stress lié à l'incertitude :

L'analyse n'a donc pas mis en évidence de différence significative entre les scores des internes formés à l'incertitude et ceux qui ne l'étaient pas.

Cependant on peut observer une tendance pour le groupe formé à :

- ➔ la diminution des scores des sous-échelles :
 - Anxiété liée à l'incertitude
 - Réticence à révéler l'incertitude au patient
 - Réticence à parler de ses erreurs aux confrères
- ➔ l'augmentation de la sous-échelle :
 - Inquiétude quant aux conséquences négatives

2. Résultats des objectifs secondaires de l'étude

2.1. Évolution du PRU au cours du stage ambulatoire

Nous avons réalisé le test de Spearman permettant de comparer des moyennes de groupes appariées.

- Anxiété liée à l'incertitude

Les analyses mettent en évidence une différence statistique significative entre les scores d'anxiété liée à l'incertitude du début de stage et ceux de fin de stage. Cette anxiété diminue en moyenne de 1.94 points pour le groupe formé ($p=0.02$) et 3.72 points pour le groupe non formé ($p=0.04$).

Cette différence a une significativité clinique en termes de dépenses de santé pour le groupe non formé ($d>3.5$ points).

Tableau 12 : Scores de la sous-échelle « anxiété liée à l'incertitude » au cours du stage

	Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Groupe contrôle	20,72	5,28	17,00	4,21	0,04
Groupe formé	21,27	4,74	19,33	4,53	0,02

Après régression, on note que cette différence est significative chez les internes en SASPAS n'ayant pas reçu de formation (diminution de 5.08 points entre le début et la fin du semestre, $p=0.01$), chez les femmes ayant reçu la formation sur l'incertitude (diminution de 3.84 points entre le début et la fin du semestre, $p=0.03$) et chez les internes ayant eu une expérience de remplacement et ayant été formé (diminution de 4.55 points entre le début et la fin du semestre, $p=0.03$).

Tableau 13 : Scores de la sous-échelle « anxiété liée à l'incertitude » au cours du stage, après régression

			Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
			Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	Groupe contrôle	23,33	3,21	22,33	1,15	0,75
		Groupe formé	17,00	6,22	18,00	5,66	0,75
	Femme	Groupe contrôle	20,75	5,03	18,58	4,78	0,06
		Groupe formé	21,79	4,69	16,71	3,93	0,01
Stage	Niveau 1	Groupe contrôle	20,00	5,71	20,00	5,26	0,66
		Groupe formé	19,92	5,60	16,42	4,58	0,16
	SASPAS	Groupe contrôle	22,67	3,44	18,83	4,07	0,03
		Groupe formé	22,80	4,09	18,80	3,42	0,19
Remplacement antérieur	Non	Groupe contrôle	18,00	0,00	18,20	4,21	
		Groupe formé	19,67	3,21	18,60	3,58	> 0,9999
	Oui	Groupe contrôle	21,50	4,83	19,90	4,79	0,82
		Groupe formé	20,93	5,66	16,38	4,41	0,03

- Réticence à révéler l'incertitude au patient

Nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre le début et la fin du stage pour les scores de communication de l'incertitude au patient.

Tableau 14 : Scores de la sous-échelle « réticence à révéler l'incertitude au patient » au cours du stage

	Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Groupe contrôle	14,22	3,87	11,78	4,02	0,23
Groupe formé	12,80	3,12	11,53	3,72	0,23

Cependant, après régression, on retrouvait une différence statistique significative pour les femmes ayant reçu la formation sur l'incertitude, ainsi que pour les internes en SASPAS n'ayant pas reçu la formation. On observe une diminution de la réticence à communiquer l'incertitude au patient de respectivement 2.43 ($p=0.02$) et 3.16 points ($p=0.03$).

Tableau 15 : Scores de la sous-échelle « réticence à révéler l'incertitude au patient » au cours du stage, après régression

			Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
			Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	Groupe contrôle	15,33	1,53	14,00	4,58	> 0,9999
		Groupe formé	11,00	2,94	8,50	4,36	0,25
	Femme	Groupe contrôle	12,17	3,13	10,92	3,42	0,21
		Groupe formé	15,14	3,68	12,71	3,54	0,02
Stage	Niveau 1	Groupe contrôle	11,50	3,16	11,63	4,78	0,92
		Groupe formé	13,62	4,03	12,50	4,46	0,45
	SASPAS	Groupe contrôle	14,83	2,23	11,67	2,50	0,03
		Groupe formé	15,80	3,27	10,00	2,92	0,06
Remplacement antérieur	Non	Groupe contrôle	14,00	0,00	12,40	1,95	
		Groupe formé	15,67	3,06	12,20	3,27	0,75
	Oui	Groupe contrôle	12,71	3,22	11,10	4,38	0,29
		Groupe formé	13,93	4,04	11,62	4,39	0,15

- Inquiétude quant aux conséquences négatives

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre le début et la fin du stage pour les scores d'inquiétude quant aux conséquences négatives ressentie par les internes, ni après régression.

Tableau 16 : Scores de la sous-échelle « inquiétude quant aux conséquences négatives » au cours du stage

	Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Groupe contrôle	11,94	3,26	10,61	3,33	0,31
Groupe formé	10,27	3,13	9,07	3,10	0,13

Tableau 17 : Scores de la sous-échelle « inquiétude quant aux conséquences négatives » au cours du stage, après régression

			Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
			Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	Groupe contrôle	9,67	4,93	11,00	2,65	0,75
		Groupe formé	11,50	4,43	10,75	4,79	0,50
	Femme	Groupe contrôle	10,42	2,81	8,58	3,12	0,14
		Groupe formé	12,07	3,05	10,57	3,03	0,18
Stage	Niveau 1	Groupe contrôle	11,50	2,83	8,88	3,31	0,09
		Groupe formé	11,31	3,17	9,83	3,43	0,39
	SASPAS	Groupe contrôle	9,00	3,29	9,67	3,20	0,59
		Groupe formé	13,60	3,21	12,80	2,49	0,75
Remplacement antérieur	Non	Groupe contrôle	8,00	0,00	10,40	2,97	
		Groupe formé	13,67	3,21	10,80	2,28	0,50
	Oui	Groupe contrôle	10,43	3,18	8,40	3,10	0,31
		Groupe formé	11,60	3,27	10,54	3,73	0,55

- Réticence à parler de ses erreurs aux confrères

De même, nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les scores de début et fin de stage en ce qui concerne la réticence des internes à parler de leurs erreurs à leurs confrères ; ni après régression.

Tableau 18 : Scores de la sous-échelle « réticence à parler de ses erreurs aux confrères » au cours du stage

	Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Groupe contrôle	3,56	2,09	3,61	2,23	0,70
Groupe formé	4,40	2,26	4,20	2,34	0,70

Tableau 19 : Scores de la sous-échelle « réticence à parler de ses erreurs aux confrères » au cours du stage, après régression

			Début de semestre		Fin de semestre		Valeur de p
			Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Sexe	Homme	Groupe contrôle	5,00	4,36	4,33	4,04	0,50
		Groupe formé	4,25	3,30	4,00	4,00	> 0.9999
	Femme	Groupe contrôle	4,25	1,71	4,17	1,99	0,92
		Groupe formé	3,36	1,74	3,50	1,65	0,91
Stage	Niveau 1	Groupe contrôle	4,63	2,88	5,13	2,80	0,63
		Groupe formé	3,69	2,25	4,00	2,45	0,84
	SASPAS	Groupe contrôle	3,83	1,33	3,33	1,03	0,50
		Groupe formé	3,20	1,79	3,00	1,73	> 0.9999
Remplacement antérieur	Non	Groupe contrôle	4,00	0,00	3,20	1,10	
		Groupe formé	2,67	1,15	3,00	1,73	> 0.9999
	Oui	Groupe contrôle	4,43	2,34	4,70	2,67	0,63
		Groupe formé	3,73	2,22	3,85	2,41	0,87

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence une différence statistique significative seulement pour le score d'anxiété lié à l'incertitude. Pour les autres scores, on observe qu'ils ont une tendance à diminuer au cours du stage.

Impact du stage sur le stress lié à l'incertitude :

- ➔ Diminution significative de l'anxiété liée à l'incertitude
- ➔ Diminution significative de la réticence à communiquer au patient chez les internes en SASPAS (dans le groupe contrôle) et les femmes ayant reçu la formation.

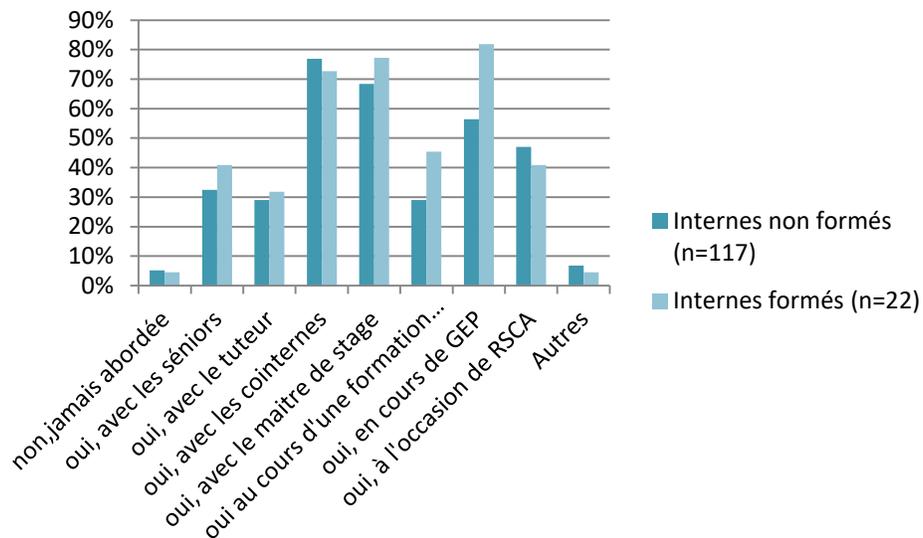
2.2. Analyse des besoins de formation sur l'incertitude ressentis par les internes

- La notion d'incertitude avait-elle déjà été abordée avec les internes ?

5% des internes interrogés ont dit ne jamais avoir abordé cette notion durant leur internat.

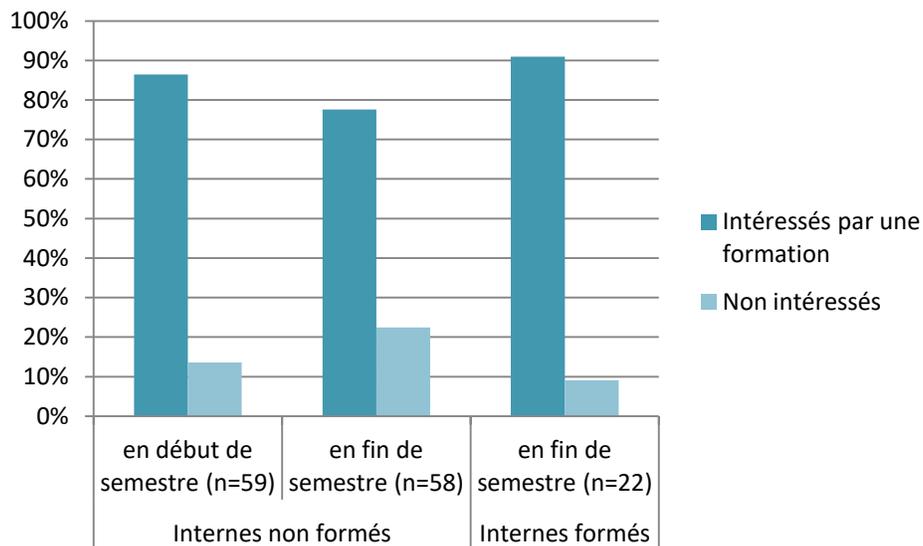
Les internes non formés à l'incertitude ont abordé cette notion principalement avec leurs cointernes (pour 77% d'entre eux), avec leur maître de stage (pour 68% d'entre eux), et en GEP (pour 56% d'entre eux). Les internes formés à l'incertitude ont abordé cette notion au cours de GEP (pour 82% d'entre eux), avec leur maître de stage (pour 77% d'entre eux), avec leurs cointernes (pour 73% d'entre eux) Dans la rubrique 'autres', un(e) interne a mentionné la lecture d'articles sur ce sujet, un(e) autre la formation élaborée pour cette thèse et dont elle a bénéficié.

Figure 14 : Abord de la notion de l'incertitude au cours de l'internat de médecine générale



- Les internes étaient-ils intéressés par une formation spécifique complémentaire sur l'incertitude ?

Figure 15 : Des internes intéressés (ou non) par la formation en fonction de leur avancée dans le stage.



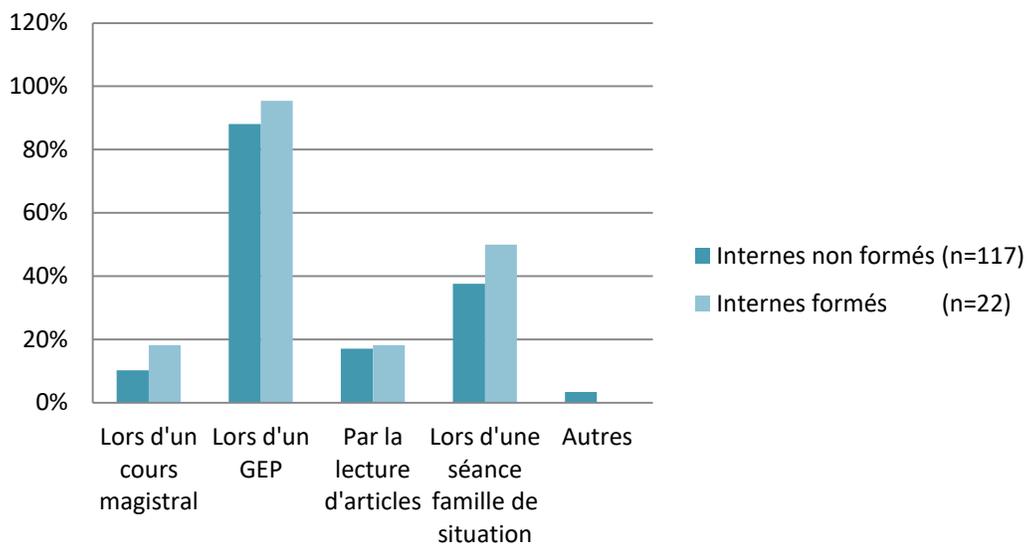
Ainsi, qu'ils soient en début ou fin de stage, la majorité des étudiants sont intéressés pour recevoir une formation spécifique sur le thème de l'incertitude.

- Quel serait le format le plus pertinent pour cette formation d'après les internes ?

Le format le plus évoqué par les internes était en premier la séance de GEP (groupe d'échanges de pratique), mentionnée par 92% des internes en moyenne ; en second la séance 'famille de situation', mentionnée par 44% des internes en moyenne.

Dans la rubrique 'autres' des internes ont proposé d'autres formats pédagogiques : le jeu de rôle (proposé 2 fois), le psychodrame (1 fois), et "autres méthodes pédagogiques de participation active" (1 fois).

Figure 16 : Formats pertinents pour un enseignement complémentaire sur l'incertitude



Perception des internes sur le besoin en formation sur cette notion :

- 95% ont déjà abordé le sujet
- La majorité est intéressée pour recevoir une formation complémentaire et spécifique sur ce sujet
- Pour la plupart d'entre eux, le format pédagogique adapté serait le GEP ou la séance famille de situation

2.3. Résultats de la recension auprès des DMG en France

Un courrier a été envoyé aux 39 référents formation des différents DMG de France.
Nous avons reçu 11 réponses.

2.3.1. Existe-t-il un enseignement spécifique sur la notion d'incertitude dans les DMG ?

Sur les 11 DMG interrogés, 2 DMG proposaient une formation où l'incertitude était abordée de manière explicite.

Elle consistait pour l'un à un séminaire d'une journée sur l'incertitude comprenant des jeux de rôles.

Pour l'autre il s'agissait d'un regroupement d'enseignements dont le thème est « la décision dans l'incertitude ». Ces enseignements comprenaient une présentation sur le diagnostic de situation et autres spécificités de médecine générale, deux GEP : un sur ce sujet et un autre sur la question de l'erreur médicale, ainsi qu'une séance de jeux de rôle avec un acteur.

Un troisième DMG précisait que l'approche du concept d'incertitude était réalisée au cours d'un enseignement optionnel sur l'erreur médicale.

7 autres DMG ont répondu enseigner l'incertitude à travers diverses méthodes pédagogiques (par exemple, les RSCA étaient mentionnés comme des travaux spécifiques sur l'incertitude dans 6 DMG). Nous avons considéré que cet enseignement de l'incertitude n'était pas suffisamment explicite pour l'inclure dans la rubrique « enseignement spécifique ».

2 DMG, à défaut de formation spécifique, mettaient à la disposition des étudiants des ressources bibliographiques sur ce sujet. Il s'agissait pour l'un du Dictionnaire des Résultats de Consultations (DRC) en version papier ou numérique (eDRC).

Seul 1 DMG a répondu ne pas délivrer un enseignement spécifique sur cette notion : « *Nous n'enseignons pas l'incertitude. Nous encourageons les étudiants à profiter d'elle pour apprendre leur métier.* »

2.3.2. Formation à la notion d'incertitude à travers des enseignements non spécifiques

Tous les DMG ayant répondu disaient enseigner la notion d'incertitude.

Plusieurs supports sont utilisés pour cet enseignement :

- Les GEP (groupes d'échanges de pratique) ont été mentionnés par 9 DMG,
- Les RSCA (récits de situation complexe analytiques) ont été cités par les 9 mêmes DMG,
- Les traces d'apprentissage, mentionnées par 6 DMG,
- La supervision en stage de médecine générale a été évoquée par 4 DMG,
- Le tutorat, par 2 DMG
- Les ETM (enseignement théorique monitoré), mentionnés par 1 DMG
- Les FO (formation optionnelle), mentionnées par 1 DMG

Remarque :

Un DMG a précisé la prédominance de l'apprentissage sur le terrain (en stage) et notait l'importance de l'analyse réflexive dans l'apprentissage de l'incertitude au travers des GEP et RSCA.

État des lieux de la formation sur l'incertitude dans les DMG :

- Absence d'enseignement spécifique sur ce sujet hormis quelques exceptions
- Nombreux outils d'enseignement aspécifiques mis en place dans cette fin

2.4. Retours sur la réalisation de la formation sur l'incertitude

2.4.1. Déroulements des formations

Le premier enseignement a été réalisé dans le groupe d'internes en SASPAS. Il y avait 13 internes présents, ainsi qu'un professeur du DMG, le Pr Ghasarossian, animant habituellement leur groupe de GEP. Ce dernier est resté dans un rôle d'observateur pendant la majeure partie de la formation. Celle-ci a duré 110 minutes en suivant précisément le script de la formation élaborée.

Les retours des internes de ce groupe étant très positifs au décours immédiat de la formation, et la participation des étudiants durant celle-ci nous étant apparue positive, nous avons décidé de ne pas adapter la méthodologie après ce premier enseignement.

Les deux autres enseignements ont été donnés simultanément à chacun des groupes d'internes en niveau 1 et ont eu une durée équivalente. On comptait respectivement dans chacun des groupes 13 et 12 internes participants. Les enseignants ont globalement suivi le script avec quelques variantes :

Dans le premier groupe, le débriefing des vignettes (1^e partie de la formation) a été largement axé sur le ressenti face à l'incertitude, peu sur les conséquences, et pas du tout sur le repérage de l'incertitude. De plus, l'animateur avait tendance à faire des reflets plus longs aux internes que les autres animateurs.

Dans le second groupe, l'exercice du métaplan (3^e partie) a été plus difficile pour les étudiants. Il a nécessité l'intervention de l'animateur pour faire émerger de nouvelles idées pour mieux gérer l'incertitude. Au décours de l'exercice, la synthèse des moyens de gestion n'a pas été projetée comme le prévoyait le script. L'animateur a estimé que tous les moyens de gestion avaient finalement été cités et qu'il n'était pas nécessaire de se répéter.

2.4.2. Participation des étudiants au cours de la formation

Durant les trois séances d'enseignement, le niveau de participation des étudiants est apparu satisfaisant pour les animateurs :

Les étudiants paraissaient intéressés et motivés pour participer.

Dans chaque groupe, la parole semblait globalement bien se répartir entre les étudiants.

Enfin, concernant la lecture d'articles, entre 3 et 6 étudiants par groupe avaient lu les articles proposés par mail.

2.4.3. Résultats des métaplans concernant les moyens de gestion de l'incertitude

- Métaplan final du groupe de SASPAS :



(Référentiels, référence, recherche (recos, etc.), littérature, internet, internet // Explorer // Confrères, avis senior, senior, confrère, avis // GEP, avis de pairs // Prendre du temps, reconvoquer le patient, réévaluer, différer la réponse // Rationaliser // Explications, Expliquer au patient, explications démarche, le dire au patient // Patient, écoute, écoute // Implication du patient // Discussion, discussion, dialogue, partage)

- Métaplan final du premier groupe de niveau 1 :



(Consignes de reconsultation, réévaluation, programmer un autre RDV pour réévaluer, consignes, réévaluer le patient, test thérapeutique et revoir le patient si besoin // Recherche des infos (internet), appel au praticien, examens complémentaires, recos, articles, se documenter sur internet, recommandations (recherche documentaire) // Recherche de l'information auprès d'un plus expérimenté, avis spécialisé ou plus expérimenté, demander un avis, 2^e avis, avis spécialisé // Autoanalyse, analyses de groupe (jeux de rôle ?), échanger avec des collègues (en parler),

rationaliser, recontextualiser // Orientation vers kinésithérapie ou autres types de médecine (incertitude thérapeutique) // Améliorer l'anamnèse, décision thérapeutique partagée avec le patient, accord commun, prise de décision commune) // Annonce de l'incertitude au patient, expliquer notre incertitude au patient, ne pas nier l'incertitude face aux patients, concertation avec le patient (marche à suivre, évolution, souhaits), explications et réassurance // Poker face, attitude d'acceptation de l'incertitude)

Dans ce groupe, le travail de catégorisation n'a pas été fait.

- Métaplan final du deuxième groupe de niveau 1 :



(Internet (5 fois), google / examens complémentaires, score de probabilités, avis (3 fois) / aide / maître de stage, chef, collègue / what's app, twitter, raisonnement diagnostique, appeler un spécialiste // temporiser clinique, reconsulter, bénéfice, fuite / erreur comme occasion d'apprendre, me former, refaire le raisonnement, sérier les infos, deuil de tout savoir, accepter l'erreur, méditation, Balint // réassurance, rassurer, quelles attentes [du patient] ?, explication, suivi / expliquer le raisonnement, expliquer l'examen, éliminer la gravité, dire qu'on ne sait pas, manifester de l'empathie.)

Les post-its avec une écriture violette –reportés en italique- correspondent aux notions qui ont émergées après intervention de l'animateur pour aider les étudiants à élaborer davantage.

Dans ce groupe, les catégories formées ont été : les ressources extérieures, celles du médecin, et les outils concernant la relation.

2.4.4. Résultats des « take-home messages »

En fin de séance, chaque étudiant était invité à partager une chose qu'il retenait particulièrement au décours de la formation. Nous avons identifié cinq catégories parmi tous les messages retenus dans les trois groupes :

- *L'incertitude dans la pratique de médecine générale, une prise de conscience ...*

« L'incertitude persiste tout au long de l'exercice »

« Prise de conscience de ce que c'est ... plus concret »

« Caractère inéluctable et essentiel de l'incertitude »

« Compréhension des différents types d'incertitude (et de comment les gérer), éclairant »

« Absence de gravité, de jugement sur l'incertitude (l'incertitude n'est pas un mal) »
« L'incertitude est inévitable, apprendre à la gérer »
« Généraliser : l'incertitude fait partie du métier, il n'y a pas de honte »
« Incertitude "intégrante", à savoir reconnaître »

- ... *qui provoque un soulagement*

« Incertitude inhérente à la pratique et partagée ... rassurant »
« Me sentir moins seul dans l'exercice »
« On n'est pas seul à être incertain, on a des ressources extérieures »
« Rassurée de savoir l'incertitude partagée »

- ... *qui invite au travail personnel*

« Accepter l'incertitude car inévitable. »
« Une fois identifiée, travail à faire pour admettre notre « ignorance » et l'accepter »
« Accepter l'incertitude, les erreurs, en tirer quelque chose »
« Accepter l'incertitude, apprendre à la gérer. »
« Accepter l'incertitude, déculpabiliser »

« Accepter son incertitude, c'est mieux la gérer »
« Travailler davantage l'incertitude pour améliorer la pratique »
« Identifier les situations d'incertitude et mon seuil de tolérance »
« Analyse de son propre seuil, du seuil de tolérance du patient ; identifier les différents types d'incertitude »
« Analyser, rationaliser l'incertitude pour éviter l'effet anxiogène »
« La tolérance : celle du médecin, celle du patient ... à travailler »
« Envie d'avoir plus de cours, plus de techniques pour gérer l'incertitude (type séminaire EM) »

- ... *qui met en capacité*

« Prise de conscience de ce que c'est = plus concret = possibilité d'en faire quelque chose »
« Plein de stratégies pour gérer l'incertitude »
« La multiplicité des solutions »
« Beaucoup de moyens pour diminuer l'incertitude »
« On n'est pas seul à être incertain, on a des ressources extérieures »
« Analyser, rationaliser l'incertitude pour éviter l'effet anxiogène »
« Hiérarchiser selon le degré d'urgence pour mieux accepter l'incertitude »
« Savoir en parler : à nous-même, au patient, aux confrères »
« Parler avec le patient, parler en GEP, déculpabiliser »
« Se donner les moyens »
« Le temps, un outil à travailler »
« Améliorer ma gestion du temps »
« Diminuer l'incertitude de type 3, travailler sur la connaissance de mes limites personnelles »
« Savoir dire "je ne sais pas" »

- ... *et invite à la relation*

« Se centrer plus sur ce qui inquiète le patient »
« Communication : exprimer ses incertitudes au patient, à ses collègues (en parler) »
« Mieux gérer son incertitude (en l'acceptant), un mieux pour le patient »

« Parler avec le patient, parler en GEP, déculpabiliser (culpabilité vient de la méthode d'enseignement du 2e cycle où il faut savoir pour être bon) »
« Importance de la relation médecin-malade : écoute, décision partagée »
« Importance du partage en contexte d'incertitude : merci de faire ta thèse sur l'incertitude. »
« L'incertitude, c'est humain : l'accepter, dialoguer, déculpabiliser »

2.4.5. Retours des formateurs ayant assisté ou participé à l'enseignement

Les retours des deux enseignants qui n'élaboraient pas cette étude ont été très positifs. Le premier enseignant observateur a proposé à son groupe d'internes en fin de séance de poursuivre la discussion de cette thématique lors des prochains groupes d'échanges de pratique. L'autre enseignant ayant participé à l'animation d'une des formations était très enthousiaste quant à l'importance de l'effet produit. Pour lui, cet enseignement est apparu comme « cathartique » : il permettait de soulager la souffrance de tout un groupe (plutôt que celle d'un ou deux internes au cours d'un GEP).

Par ailleurs, il a semblé aux animateurs que le vécu des internes vis-à-vis de l'incertitude était différent entre les groupes de niveau 1 et de SASPAS. Les derniers utilisaient un vocabulaire plus intense en termes d'anxiété, de stress et de souffrance par rapport aux internes de niveau 1 qui semblaient attribuer l'incertitude à un manque de connaissances plutôt qu'une insuffisance personnelle.

2.4.6. Résultats de l'évaluation de la formation « à froid »

Nous avons renvoyé un court questionnaire aux internes du groupe formé afin d'évaluer la formation « à froid », cinq mois après la formation.

Ce questionnaire a été envoyé par mail sur Google form (cf. annexe).

Nous avons reçu 22 réponses pour 38 internes formés.

- Évaluation de l'intérêt de la formation à froid :

Tout d'abord, tous les internes ont trouvé que le sujet de la formation était pertinent pour la pratique. 16 internes (soit 73.7%) considéraient que la formation avait changé quelque chose dans leur pratique. Les 22 internes recommandaient d'intégrer cette formation dans le DES de médecine générale.

- Ce que les internes ont retenu de la formation (5 mois après) :

Les choses que les internes ont retenues parce qu'elles les ont surpris et marqué reprenaient les thématiques des « take home messages » avec une prédominance forte de la prise de conscience.

- *Prise de conscience*

Une incertitude irréductible :

« Doute constant et nécessaire en MG »

« Incertitude persiste même avec les années d'expérience et durera donc toute notre vie professionnelle »

Une incertitude partagée :

« Tout le monde y est confronté »

« Nous sommes tous dans le même cas. Nous avons tous des limites dans nos connaissances. De façon générale, l'incertitude nous concerne tous. »

« L'incertitude nous concerne tous »
« Tout le monde a des doutes sur sa pratique. Bon à savoir que l'on n'est pas seul »
« Tous les médecins vivent l'incertitude »

Différentes sources d'incertitudes :

« Les différents doutes »
« Les 3 types d'incertitude »

Les conséquences d'une mauvaise tolérance de l'incertitude :

« La prise de conscience de l'incertitude comme source d'anxiété, d'erreurs de jugement... »
« Conséquences de l'incertitude sur le médecin (burn out,...) »
« L'abus de prescription d'examen complémentaires comme moyens de réassurance. »

➤ *Soulagement*

« Je ne suis pas là seule dans ce cas »
« On est tous pareil »

➤ *Stimulation*

« L'incertitude ne doit pas disparaître de notre pratique mais c'est utile pour mieux encadrer la situation clinique et parfois améliorer la relation et la prise en charge du patient. »
« Le fait que la majorité des étudiants associent d'abord l'incertitude au mot internet. Aussi j'ai réalisé que l'incertitude faisait le piment et tout notre métier. Sinon nous serions juste des opérateurs d'algorithmes médicaux ce qui serait très ennuyeux. »

➤ *Mise en capacité*

« Le dictionnaire des résultats de consultation qui donne des étapes à suivre (même sans avoir ce DRC) pour diminuer le risque d'incertitude ou ses conséquences. »
« Les GEP et discussions autour de cas dits complexes abordent différentes approches globales permettant toutes des solutions aux questions soulevées »

• *Ce que les internes ont mis en pratique au décours de la formation*

3 internes sur 22 ont déclaré n'avoir rien mis en place dans leur pratique au décours de cette formation. Les choses mis en place par les autres internes étaient de trois ordres :

➤ *Travail sur leur pratique*

« Accepter de ne pas savoir et chercher des informations même devant le patient »
« Adapter la relation à mon seuil de tolérance à l'incertitude »
« En discuter avec mon tuteur considérer que c'est normal et pas une inaptitude »
« Moins d'anxiété »
« Réfléchir à la problématique par moi-même quand je suis en situation d'incertitude »
« Réflexivité »

➤ *Mise en place d'outils de gestion de l'incertitude*

« Utilisation DRC »
« Prendre le temps de revoir le patient »
« Réagir face à l'incertitude en consultation »
« Entretien motivationnel »
« Plus de lecture et de formation continue »
« M'inscrire à des formations sur les outils de recherche documentaire »

➤ *Travail sur la communication avec le patient*

- « Je parle des doutes que je peux avoir aux patients »
- « Sincérité »
- « Communiquer au patient mes incertitudes de façon constructive »
- « Partager l'incertitude avec le patient »
- « Discuter de l'incertitude avec le patient pour décider de la prise en charge »
- « Dire plus souvent aux patients quand incertitude »
- « Faire part de notre incertitude à nos patients »

• *Ce que les internes suggèrent comme pistes d'amélioration*

Nous avons reçu 6 propositions d'amélioration.

L'une d'entre elles était une critique de la première partie de la formation délivrée : « Le format [de la partie avec] des situations cliniques [était] interactif entre étudiants mais [il n'y avait] pas d'orientation avec le tuteur, pas d'analyse véritable de nos réponses... je reste un peu sur ma faim. »

Deux internes suggéraient l'approfondissement de cet enseignement :

- « Une formation plus conséquente, avec des rappels ponctuels tout au long du DES. Une intégration à la marguerite des compétences ? »
- « Faire plus de cours collectif sur l'incertitude »

Trois internes proposaient d'autres méthodes pédagogiques :

- « Mettre en place des "cas cliniques" »
- « Sous forme d'échange de pratique »
- « Jeu de rôle »

Vécus de la formation sur l'incertitude :

- ➔ Pour les internes : prise de conscience importante et dynamisante
- ➔ Pour les enseignants : objectifs de la formation atteints

Synthèse des résultats de l'étude :

État des lieux de la formation actuelle sur l'incertitude dans les DMG de France :

- ✓ Absence d'enseignement spécifique sur l'incertitude hormis quelques exceptions
- ✓ Enseignement de la gestion de l'incertitude à travers de nombreux outils aspécifiques (RSCA, GEP, etc.)

Besoin en formation des internes sur ce sujet :

- ✓ Alors que 95% ont déjà abordé la notion, la majorité des internes sont intéressés pour recevoir une formation complémentaire et spécifique sur ce sujet.

Évaluation de la formation spécifique sur l'incertitude délivrée aux internes :

- ✓ Bonne réception de la formation par des internes intéressés et nombreuses prises de conscience au cours de la séance
- ✓ Diminution non significative de l'anxiété liée à l'incertitude, de la réticence à révéler l'incertitude au patient et de la réticence à parler de ses erreurs aux confrères dans le groupe formé
- ✓ Tendance à l'aggravation de l'inquiétude quant aux conséquences négatives dans le groupe formé

Impact des stages ambulatoires sur la tolérance des internes face à l'incertitude.

- ✓ Diminution significative de l'anxiété liée à l'incertitude au cours des stages
- ✓ Tendance à l'amélioration de toutes les autres sous-échelles du PRU

❖ DISCUSSION

1. Forces de l'étude

1.1. Originalité

La principale force de ce travail est son originalité puisqu'il s'agit de la première étude -à notre connaissance- évaluant une formation sur l'incertitude en médecine générale.

Les études existantes sur l'incertitude en médecine générale s'intéressaient principalement à la tolérance des médecins face à cette incertitude, les déterminants de cette tolérance et les conséquences de la mauvaise tolérance.

1.2. Pertinence

Un travail sur le thème de l'incertitude nous est apparu particulièrement pertinent pour la recherche en médecine générale. Tout d'abord parce qu'elle semble constituer la spécificité de l'exercice du médecin généraliste. Aussi parce que ce travail semble répondre à de nombreux enjeux du contexte médical et universitaire actuel.

1.2.1. L'incertitude, une spécificité de la médecine générale

Comme nous l'avons vu, la question de l'incertitude touche plus particulièrement le médecin généraliste du fait du contexte de son exercice. Il apparaît donc pertinent de traiter ce sujet ainsi que celui de son enseignement, l'enjeu étant que les étudiants reçoivent pendant leur formation une approche de ce qui constitue la spécificité de leur exercice et en deviennent ainsi spécialistes.

1.2.2. Aujourd'hui, de nombreux facteurs de risque de mauvaise tolérance

Dans un contexte où la méthode d'enseignement du deuxième cycle des études médicales valorise encore nettement le savoir par rapport à l'incertitude, et où la profession médicale se féminise (en 2016, 66% des médecins de moins de 30 ans inscrits à l'ordre étaient des femmes), une formation des étudiants sur l'incertitude apparaît comme pertinente si elle permet une prévention de la mauvaise tolérance de l'incertitude.

1.2.3. Réponse à un enjeu de santé publique

Par ailleurs, dans un rapport récent sur la santé des médecins en 2018, la CNOM (Conseil national de l'ordre des médecins) a déclaré que « la souffrance des médecins a aujourd'hui atteint un point de non-retour » avec une prévalence particulièrement importante des signes d'épuisement professionnel.

Or la mauvaise intolérance est clairement associée à l'insatisfaction professionnelle et au burn out.

La formation des étudiants permettrait donc d'améliorer le bien-être au travail et de répondre à cet enjeu de santé publique.

1.2.4. Réponse à un enseignement théorique insuffisant et pratique hétérogène

La littérature décrit un enseignement sur l'incertitude insuffisant en médecine générale. Le lieu idéal de cet apprentissage apparaît au moment de la supervision en stage ambulatoire mais on observe une grande hétérogénéité des stages ambulatoires (et de la supervision proposée) qui rend l'apprentissage inégal pour les étudiants.

L'enseignement proposé dans cette étude nous paraît pertinent dans la mesure où il répond à la première problématique tout en apportant une réponse temporaire à la seconde. En effet, les internes formés accroissent leur capacité réflexive et sont ainsi davantage capables de développer un apprentissage autonome (avec ou sans superviseur) durant leur stage en médecine générale.

1.2.5. Contexte d'exercice difficile pour assumer l'incertitude

Enfin cette formation nous apparaît particulièrement appropriée car les médecins généralistes travaillent aujourd'hui dans un contexte sociologique où l'incertitude n'est pas facile à assumer :

a) Le problème de la légitimité de la médecine générale

La médecine générale ayant longtemps souffert d'un manque de considération de la part des autres spécialités ou des institutions, elle craint encore l'« aveu » publique de son incertitude qui risquerait d'être mal compris, et serait considéré comme le signe de compétences approximatives ou de faible scientificité des pratiques.

Dans ce contexte, il est encore difficile pour certains médecins d'avouer et d'assumer leur incertitude (et particulièrement celle de niveau 3) sans se sentir illégitime par rapport à leurs confrères et au patient. (8)

Une formation sur l'incertitude permettrait donc aux médecins généralistes de dépasser ce sentiment de solitude et d'illégitimité, de reconnaître un problème professionnel commun et ainsi d'initier un travail collectif de structuration des attitudes professionnelles face à l'incertitude.

b) Un contexte sociétal nouveau : un changement du rapport au temps

Rosa décrit une triple accélération qui s'opère dans notre société et qui s'auto-entretient : une accélération technique (l'un des résultats en médecine est la multiplication des données de la science et leur accessibilité), une accélération du changement social (rythme auquel s'impose de nouvelles formes de pratique liées ou non aux nouvelles technologies) ainsi qu'une accélération du rythme de vie (qui se traduit par une densification objective de l'utilisation du temps et un sentiment accru de manquer de temps).

Dans ce contexte, les mécanismes de décision dans l'incertitude sont de plus en plus complexes et demandent de plus en plus de temps ... Ceci alors même que « le présent [du fait de cette triple accélération] est de plus en plus réduit et limité, et de plus en plus soumis à la pression des événements passés, et plus encore à celle de l'attente des événements futurs ». Le risque est alors de prendre la décision qui est la moins coûteuse en temps pour le médecin et/ou pour le patient. (90)

Certains éléments de gestion de l'incertitude, tels que la temporisation, apparaissent donc comme exigeants tant pour le patient que pour le médecin car ils vont à contre-courant de ce mouvement d'accélération. Le rapport des individus avec la pression de cette perception sociétale du temps est donc un élément majeur (et pas nécessairement facilitant !) dans la prise de décision en situation d'incertitude.

1.3. Une formation qui s'inscrit dans la ligne du CNGE

1.3.1. Enseignement axé sur le développement de compétences et le professionnalisme

Les DMG ont pour mission de former des professionnels de santé capables de répondre aux demandes de patients en soins primaires, c'est-à-dire des « professionnels compétents, autonomes, et réflexifs ».

La pédagogie du DES de médecine générale est axée sur les compétences du médecin généraliste. La compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données.

La « prise de décision adaptée en situation d'incertitude » étant identifiée par le CNGE comme l'une de ces compétences à acquérir, une formation sur l'incertitude permettant aux internes de prendre conscience de leurs ressources a toute sa place dans l'enseignement proposé.

Par ailleurs, cette approche de l'incertitude permet d'aborder et de réinsister sur l'importance de nombreuses autres compétences telles que celle du raisonnement clinique, de la prise en compte du gut feeling, de la communication avec le patient, etc. et ainsi de valoriser l'enseignement déjà existant.

1.3.2. Apprentissage par la pratique et la réflexivité

Par ailleurs la formation proposée entraine dans le cadre pédagogique de formation du CNGE qui se construit sur la réflexivité.

Les apports conceptuels sur l'incertitude ont été proposés aux internes au décours de leur prise de conscience (celle de l'inhérence de l'incertitude) et permettaient d'approfondir le travail réflexif : quel est mon propre ressenti en situation d'incertitude et comment influence-t-il ma pratique ?

Ainsi par ce retour réflexif, les étudiants étaient invités à saisir la logique interne de certains mécanismes de décision afin d'éclairer et modifier l'expérience suivante qu'ils pourront faire de l'incertitude.

La formation théorique délivrée était donc complètement liée à la pratique grâce à la réflexivité.

1.3.3. Pour une médecine centrée patient

La médecine générale se définit comme une médecine globale avec une approche centrée « patient ».

Or nous avons vu comment la mauvaise tolérance de l'incertitude pouvait amener le médecin à des écueils dans sa pratique, notamment celui de l'incertitude balisée par exemple. Pour rappel, celle-ci correspond au médecin qui adopte -face à l'incertitude- une stratégie de réduction en minimisant les plaintes du patient. Il se centre alors sur les hypothèses graves de maladie afin de diminuer son inquiétude liée à cette incertitude. Par ce biais, il perd le centrage sur le patient, et la relation avec ce dernier se détériore.

Un enseignement sur l'incertitude, en améliorant la tolérance, permet donc d'éviter certains écueils face à l'incertitude. Il consolide la capacité des étudiants à se centrer sur le patient en situation complexe et leur permet d'acquérir une meilleure qualité relationnelle.

1.4. Critères d'évaluation de la formation

Le choix de la tolérance à l'incertitude comme critère d'évaluation de l'enseignement sur l'incertitude était un critère pertinent puisqu'ils existent de nombreuses études décrivant les conséquences d'une bonne ou mauvaise tolérance.

Par ailleurs, la validation de la traduction française de l'échelle PRU était une force pour cette étude car nous disposions de données validées concernant l'impact de la variation des sous-échelles du PRU sur les dépenses de soins. Notre critère de jugement principal comportait donc une double validité clinique.

De même, le choix d'évaluer l'impact de la formation 5 mois après l'avoir délivrée permettait d'évaluer l'impact de la formation dans la durée plutôt qu'à court terme.

1.5. Choix du format pédagogique

Le choix du format de l'enseignement élaboré avec les enseignants de Paris V nous a paru adapté pour l'étude.

Tout d'abord, il nous a semblé pertinent de délivrer cette formation aux étudiants (plutôt qu'aux superviseurs par exemple) et de l'évaluer auprès d'eux puisqu'ils sont les premiers intéressés.

D'autre part, la formation « théorique » (plutôt que dans la pratique) nous a paru nécessaire pour que les apports conceptuels puissent déclencher la prise de conscience et ainsi la mise en capacité sur le terrain.

Le petit nombre d'internes par groupe lors des trois formations réalisées permettaient un enseignement participatif et très interactif.

Enfin, les méthodes pédagogiques variées donnaient un bon rythme à l'enseignement, ce qui a permis de « tenir » l'attention des internes.

Forces de l'étude :

- ✓ Son *originalité* : première étude sur ce sujet en France
- ✓ Sa *pertinence* : un travail sur la spécificité de l'exercice du médecin généraliste et qui répond à de nombreux enjeux soulevés par le contexte médical et universitaire
- ✓ Un enseignement *en accord avec la ligne du CNGE* : axé sur l'acquisition de compétences par la réflexivité, pour une médecine centrée patient
- ✓ Un critère d'évaluation avec une *pertinence clinique*
- ✓ Un format *pédagogique adapté*

2. Limites de l'étude

2.1. Un échantillon insuffisant

La principale limite de cette étude était la petite taille de l'échantillon.

Pour montrer une variation significative de 3.5 points sur l'échelle d'« Anxiété liée à l'incertitude », la taille de l'échantillon nécessaire était de 80 internes. Or notre population de recrutement était de 78 internes et le taux de participation a été d'environ 60%.

La puissance de cette étude était donc faible.

2.2. La validité clinique du critère de jugement principal discutable

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude qui évaluait la significativité clinique des variations des scores de l'échelle PRU chez les médecins. Celle-ci calculait les variations de dépenses de santé associées aux variations de tolérance à l'incertitude.

Pour notre étude, nous nous sommes donc basées sur les différences significatives qui avaient été mises en évidence dans cette étude pour interpréter la significativité clinique des variations de PRU. On peut largement remettre en cause le choix d'un critère financier pour définir le seuil de significativité clinique d'une différence de tolérance. Celui-ci aurait pu être l'impact sur la satisfaction au travail des médecins ou encore l'impact sur la relation partenariale médecin-malade.

Cependant ne disposant pas de données quantifiées dans ces domaines nous avons choisi le critère économique.

2.3. Un enseignement court

La durée de l'enseignement était contrainte par le DMG de Paris V qui a mis à notre disposition un créneau de 2h d'enseignement.

Cette durée d'enseignement nous est apparue trop courte pour le contenu de notre formation. Durant ces deux heures, nous avons permis aux internes de prendre conscience de l'inhérence et l'irréductibilité de l'incertitude en médecine générale. Nous n'avons pas eu le temps d'approfondir une démarche réflexive pour comprendre et analyser leurs propres pratiques vis-à-vis de l'incertitude. De la même manière, nous n'avons pas pu potentialiser la mise en capacité amorcée par des exercices de mise en pratique (de type jeux de rôles par exemple).

2.4. Effet Hawthorne

L'étude a été marquée par un important effet Hawthorne.

Tout d'abord les enseignants qui ont participé à l'élaboration ou à l'animation de l'enseignement sur l'incertitude ont probablement assimilé ces notions et la nécessité de certaines prises de conscience pour l'élaboration des internes, et risquent donc de les avoir implicitement intégrés à leurs autres enseignements avec les étudiants formés mais aussi avec les non formés.

Nous avons eu confirmation que cet effet était réel lors de l'étude : l'enseignant animateur de GEP ayant assisté à la formation comme observateur a conclu en fin de séance qu'il comptait continuer à approfondir le sujet lors de prochains GEP. De la même manière, un des enseignants animateurs a parlé de l'incertitude au cours d'un autre GEP avec un groupe d'interne « contrôle ».

Limites de l'étude :

- ✓ Un échantillon de population *insuffisant*
- ✓ Un effet *Hawthorne* important au cours de l'étude
- ✓ Un format assez court pour l'enseignement évalué
- ✓ Le choix du critère de validité clinique pour le critère d'évaluation discutable

3. Discussion des résultats

3.1. Impact de la formation sur le stress lié à l'incertitude

3.1.1. Plusieurs explications possibles à l'absence de significativité

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative de stress lié à l'incertitude entre les internes ayant reçu la formation et les internes du groupe contrôle.

Tout d'abord, cela peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui était insuffisante pour pouvoir mettre en évidence une différence significative de 3.5 points entre les deux groupes.

Par ailleurs, l'absence de significativité peut s'expliquer par l'important effet Hawthorne dans cette étude. La présence de cet effet n'a pas pu être mise en évidence par une différence statistiquement significative dans cette étude probablement encore à cause de la taille de l'échantillon.

Enfin on peut aussi s'interroger sur la responsabilité du format de l'enseignement. Celui-ci n'était peut-être pas assez conséquent (notamment en termes de durée) pour pouvoir être intégré par les étudiants et avoir un effet significatif sur leur stress.

3.1.2. Des tendances allant globalement dans le sens de la littérature

Cependant les tendances des résultats statistiques confirment l'intuition portée par la littérature : un enseignement sur l'incertitude améliorerait sa tolérance.

Ainsi les scores des échelles « Anxiété liée à l'incertitude », « Réticence à révéler l'incertitude au patient » et « Réticence à parler de ses erreurs aux confrères » sont plus bas (meilleure tolérance à l'incertitude) dans le groupe formé que dans le groupe contrôle.

3.1.3. Une donnée nouvelle pour la littérature

Si la majorité des scores du PRU ont une tendance à diminuer dans le groupe formé, il apparaît que le score « Inquiétude quant aux conséquences négatives » tend à être supérieur dans le groupe formé à celui du groupe contrôle. Cette donnée n'est pas présente dans la littérature. Elle pourrait s'expliquer par le fait que l'enseignement renforce la conscience des impacts d'une mauvaise gestion de l'incertitude.

Si celle-là venait à se confirmer, il serait intéressant d'étudier le malentendu potentiel des étudiants entre « impact d'une mauvaise gestion de l'incertitude » et « impact d'une mauvaise tolérance de l'incertitude ». En effet, la première (qui n'a pas été abordée pendant la formation) est propice pour augmenter l'anxiété des étudiants et l'inquiétude quant aux conséquences négatives. Au contraire, la seconde (qui a fait l'objet d'apports conceptuels et de prises de conscience pendant la formation) semble améliorer la tolérance globale quant à l'incertitude, on pourrait donc s'attendre à ce qu'elle ne majore pas significativement l'inquiétude quant aux conséquences négatives.

Il serait donc intéressant de comprendre si cette augmentation de l'inquiétude quant aux conséquences négatives est due à une confusion des étudiants ou à une réelle prise de conscience inhérente des dommages liés à une mauvaise gestion de l'incertitude.

3.1.4. Interprétations des résultats après régressions et corrélations

Après régression, on trouve une différence significative des scores d'« Inquiétude quant aux conséquences négatives », plus élevés chez les femmes formées. Cette significativité chez les femmes renforce l'hypothèse du malentendu formulée précédemment puisque les femmes sont plus sujettes à l'anxiété.

Par ailleurs, on retrouve une différence significative dans la « Réticence à révéler l'incertitude au patient » : elle est très inférieure chez les hommes ayant reçu la formation (-8.83 points) par rapport à ceux du groupe contrôle.

La significativité n'est pas seulement statistique, elle est aussi économique : on estime ainsi une diminution d'au moins 12% de leurs dépenses de santé. On pourrait supposer que, chez les hommes qui ont une meilleure tolérance à l'incertitude que les femmes, la formation viendrait potentialiser leur aptitude à communiquer.

Enfin une corrélation significative a été mise en évidence entre le jeune âge des internes et leur réticence à parler de leurs erreurs avec leurs confrères. Ce résultat semble s'expliquer par le fait que le peu d'expérience professionnelle (probablement associé au jeune âge) est un déterminant de mauvaise tolérance des médecins.

3.2. Impact du stage ambulatoire sur le stress lié à l'incertitude

Cette étude montre une différence significative du score « Anxiété liée à l'incertitude » entre le début et la fin du stage en ambulatoire.

Il n'existe pas de données quantitatives sur ce sujet dans la littérature et les avis sur l'impact du stage sur le niveau de tolérance à l'incertitude de l'étudiant sont variables. Pour certains, le stage est le moment de la confrontation : la prise de conscience de la difficulté de l'exercice de la médecine générale aurait tendance à majorer l'anxiété liée à l'incertitude. Pour d'autres, l'expérience de l'autonomisation permet à l'interne de prendre confiance en ses capacités et améliore donc sa tolérance aux situations d'incertitude. Il semblerait que cette étude confirme plutôt la seconde hypothèse ce qui est un élément positif pour la formation des jeunes médecins généralistes.

Les analyses statistiques n'ont pas mis en évidence de différence significative pour les autres scores de l'échelle PRU. Mais les tendances observées étaient toutes orientées dans le même sens : les internes en fin de stage avaient moins de réticence à communiquer l'incertitude à leur patient ou leurs erreurs à leurs confrères ; ils étaient moins inquiets quant aux conséquences négatives.

Après régression, on observait des différences significatives pour le score « Anxiété liée à l'incertitude » dans trois groupes : celui des internes en SASPAS n'ayant pas reçu de formation à l'incertitude ; celui des femmes ayant reçu la formation sur l'incertitude ; ainsi que celui des internes ayant déjà eu une expérience de remplacement et ayant reçu la formation. Pour le score « Réticence à révéler l'incertitude au patient », on observait des différences significatives pour les deux mêmes premiers groupes sus-cités. Ces résultats peuvent laisser supposer que l'amélioration de la tolérance à l'incertitude suit une évolution exponentielle par rapport à l'expérience professionnelle : plus l'expérience augmente (SASPAS, remplacements, etc.), plus vite la tolérance s'améliore. Concernant les résultats des femmes formées, on peut se demander si leur niveau d'intolérance avant de débiter le stage n'était pas supérieur à celui des hommes et s'est rééquilibré ensuite au cours du stage. Ces hypothèses sont à confirmer par d'autres études.

3.3. Perceptions vis-à-vis de la formation actuelle sur l'incertitude

3.3.1. Au sein des DMG, une absence de formation explicite

A la vue des résultats de la recension on peut conclure qu'il n'existe pas -hormis quelques rares exceptions- d'enseignement spécifique et explicite de la notion d'incertitude dans les DMG en France.

Les DMG proposent un apprentissage implicite de sa *gestion*. Pour cela, de nombreux outils aspécifiques sont proposés, et tous s'appuient sur la réflexivité. Par exemple, la finalité du RSCA est que l'interne puisse identifier une situation qui lui a posé problème (incertitude, quelque en soit la source !), et chercher par lui-même les réponses à ses questions. L'interne apprend ainsi à gérer sa propre incertitude. Il quitte progressivement une posture d'incertitude paralysante pour apporter une réponse pragmatique et raisonnée.

A la vue des résultats de la recension, il semble que les DMG considèrent que ce travail suffit à ce que les internes se forgent une idée de la place de l'incertitude dans leur exercice professionnel et qu'ils prennent conscience que la réflexivité est un outil permettant de progresser dans la compétence à gérer cette incertitude.

3.3.2. Des internes intéressés par la problématique et en demande

Pour M. Bettès, ces outils d'apprentissage (RSCA, etc.) mis à disposition des internes et permettant la gestion de l'incertitude ne sont pas valorisés en tant que tels auprès d'eux. A partir de nos résultats, nous

pouvons nuancer ces propos puisque 56% des internes interrogés non formés disent avoir déjà abordé l'incertitude au cours de GEP et 47% à l'occasion d'un RSCA.

Malgré cela, plus de 78% des internes interrogés étaient intéressés par une formation spécifique supplémentaire sur l'incertitude et la plupart suggérait que celle-ci prenne la forme d'un GEP. (Ces résultats vont dans le même sens que ceux de M. Bettes.) Et tous les internes formés (et ayant répondu au questionnaire de satisfaction de la formation) considéraient que cette formation était pertinente pour la pratique et recommandaient de l'intégrer au cursus du DES de médecine générale.

Il existe donc un décalage entre les internes qui montrent un intérêt certain pour se former davantage sur l'incertitude et les DMG qui estiment l'enseigner déjà de manière spécifique. En considérant ce décalage, ainsi que le niveau d'anxiété liée à l'incertitude des étudiants (~18.59/30), l'enseignement sur l'incertitude nous apparaît donc aujourd'hui clairement insuffisant.

3.3.3. Un enseignement spécifique augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle à gérer l'incertitude

- *Qu'est ce que le sentiment d'efficacité personnelle ?*

Le sentiment d'efficacité personnelle a été défini par le psychosociologue A. Bandura comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ». Cette représentation que l'individu a de soi englobe donc la perception de ses propres compétences et celle de la « vulnérabilité » de son environnement à être modifié par son action. Selon Bandura, ce sentiment est un déterminant primordial pour l'engagement des individus dans l'action. Il est modulé par quatre facteurs : l'expérience personnelle de l'individu et son interprétation (succès, échec) ; l'expérience des pairs auxquels il peut se comparer ; la persuasion verbale de l'entourage ou de la hiérarchie ; et les états physiologiques et émotionnels qui peuvent potentialiser ou amoindrir le sentiment d'efficacité personnelle. (91)

- *Retour sur la formation délivrée*

Les résultats des take-home messages mettent en évidence principalement la prise de conscience des internes mais aussi leur mise en capacité pour gérer l'incertitude : au décours de la formation, les internes semblent retrouver de l'« énergie » pour apprendre à gérer leur incertitude en s'appropriant les différents moyens de gestion énumérés.

Nous pouvons nous demander pour quelles raisons cette formation permettrait davantage de mettre les internes en capacité de gestion de l'incertitude quand l'enseignement proposé par les DMG est déjà axé sur cette compétence ?

Tout d'abord, un élément marquant de la formation pour les animateurs a été de ressentir la diminution instantanée de l'anxiété des internes, de leur culpabilité, de leur souffrance au cours de la formation.

Cela semble s'expliquer par la prise de conscience chez les internes que l'incertitude est irréductible en médecine générale et donc partagée par tous. Ainsi leur vécu face à l'incertitude est légitimé par les pairs puisque l'incertitude appartient à la réalité de l'exercice. L'expérience de l'incertitude n'apparaît plus comme un vécu individuel mais *professionnel*. Prendre connaissance de l'expérience de l'incertitude chez ses pairs diminue sa propre anxiété et informe l'individu sur ses propres capacités.

Par ailleurs le travail réflexif d'énumération des outils de gestion de l'incertitude, en plus de participer à la persuasion verbale des internes en leurs propres capacités, leur permet de reconsidérer positivement leurs

expériences personnelles face à l'incertitude -bien souvent assimilées comme des échecs. Par exemple, une situation où l'interne a dû prendre l'avis de son maître de stage car il n'arrivait pas à gérer seul l'incertitude aurait pu être interprétée comme un échec par l'étudiant. Avec ces prises de conscience, son interprétation change : l'interne peut reconnaître qu'il a su mobiliser ses ressources (son maître de stage) pour gérer son incertitude et assurer la sécurité du patient. L'expérience de sa gestion de l'incertitude apparaît désormais comme un succès et vient ainsi augmenter son sentiment d'efficacité personnelle.

Enfin un autre élément apparaissant comme déterminant dans l'efficacité de cet enseignement est la prise de conscience de l'impact des affects liés à l'incertitude sur la pratique et la qualité des soins. En effet cette prise de conscience (à partir de l'apport théorique concernant les conséquences négatives d'une mauvaise tolérance) permet aux internes de reprendre conscience de la « vulnérabilité » de leur environnement et de leur capacité à le modifier. Ainsi pour une même situation d'incertitude, le simple remodelage de leur état émotionnel lié à cette situation modifie positivement la qualité de la prise en charge du patient et la satisfaction du médecin au travail !

Ainsi, par un travail *collectif* (où l'expérience des pairs vient transformer l'expérience individuelle en une expérience professionnelle) et *réflexif* (analyse et reconsidération positive de l'interprétation des expériences vécues), un enseignement spécifique sur l'incertitude semble utile et pertinent pour augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des internes à gérer l'incertitude.

Cette remise en confiance dans leurs capacités potentialise l'appropriation des outils de gestion de l'incertitude mis à disposition et augmente leur capacité à agir dans la pratique. Un des premiers effets visibles dans l'étude : il semble que les internes ayant été formés aient ensuite davantage partagé leurs incertitudes à leurs confrères. Ainsi 82% des internes formés disent avoir abordé la notion d'incertitude au cours d'un GEP (contre 56% chez les non formés).

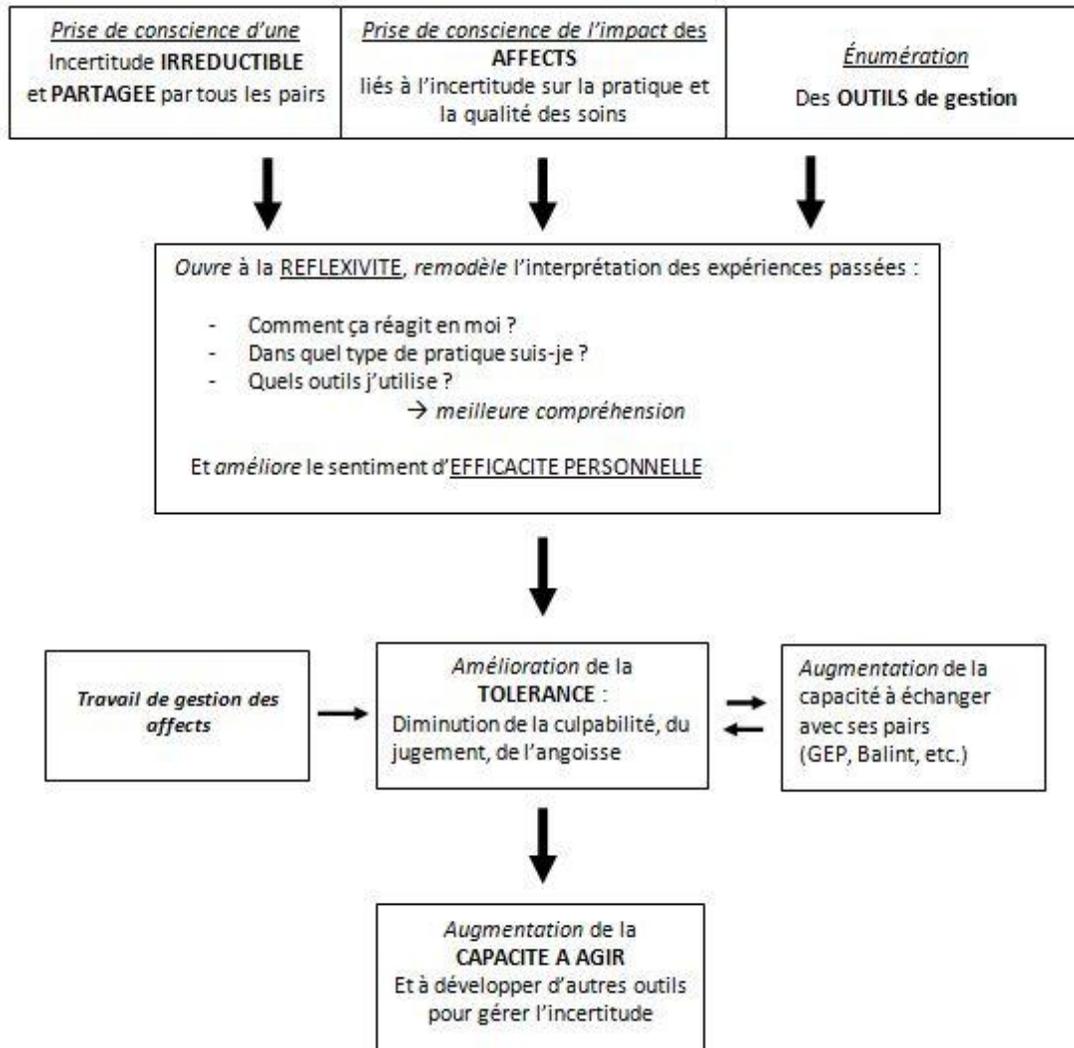


Figure 17 : mécanismes de mise en capacité de gestion de l'incertitude par un enseignement spécifique

3.3.4. Comprendre le décalage entre internes et DMG dans la perception du besoin de formation

Les DMG estiment déjà enseigner l'incertitude au travers de travaux (RSCA, Balint, GEP, etc.) qui développent les capacités réflexives des étudiants, et donc leur capacité à gérer l'incertitude. Les internes quant à eux sont dans la grande majorité intéressés et demandeurs de formation complémentaire sur ce sujet. Il y a donc un réel décalage entre le besoin de formation sur l'incertitude ressenti par les internes et celui estimé par les DMG.

Or l'enseignement déjà délivré par les DMG est très mal perçu par les internes. On observe une nette résistance de ces derniers aux travaux proposés. Pour la sociologue G. Bloy, le jugement des étudiants est sévère : les travaux sont considérés comme « artificiels » et la réflexivité proposée par les DMG est perçue comme une « contrainte scolaire ». (73)

Il semble que les étudiants peinent à comprendre l'utilité de cette pédagogie et que cette incompréhension cause un décalage dans les attentes de formation ainsi que de la résistance par rapport à ce qui est délivré actuellement.

Nous faisons l'hypothèse qu'une meilleure explicitation de la place de l'incertitude en médecine générale et de l'utilité de la réflexivité (comme outil majeur dans l'apprentissage de la gestion de cette incertitude) permettrait aux internes de mieux s'approprier les moyens pédagogiques élaborés par les DMG. Ainsi les exercices de réflexivité demandés seraient probablement moins vécus comme des mises à nu rébarbatives par les étudiants mais plus comme des moyens de perfectionner leur compétence à gérer l'incertitude et ainsi de travailler à des problématiques professionnelles de terrain.

Synthèse de la discussion des résultats :

- Impact de la formation sur la tolérance à l'incertitude des étudiants :
 - ✓ Les tendances des résultats observées confirment l'intuition de la littérature qu'*une formation spécifique améliore la tolérance* des étudiants. L'absence de significativité des résultats peut être liée à un échantillon insuffisant et/ou l'effet Hawthorne important dans cette étude.
 - ✓ Une tendance à l'aggravation par la formation de « l'inquiétude quant aux conséquences négatives » a été observée dans cette étude et n'était pas décrite dans la littérature.
- Impact du stage ambulatoire sur la tolérance à l'incertitude des étudiants :

Cette étude semble confirmer l'hypothèse que *les stages ambulatoires améliorent la tolérance à l'incertitude* des étudiants plutôt qu'ils ne la détériorent.
- Perceptions des besoins sur une formation à l'incertitude :
 - ✓ Les DMG ne proposent *pas d'enseignement spécifique* sur ce sujet mais proposent un apprentissage implicite de sa gestion.
 - ✓ Les outils proposés par les DMG apparaissent comme *insuffisants* pour la formation des internes.
 - ✓ La prise de conscience et *l'explicitation* de l'incertitude comme un enjeu professionnel permettraient de valoriser davantage les outils de formation déjà proposés par les DMG.
 - ✓ Un enseignement spécifique permettrait aux étudiants de mieux s'approprier ces outils et d'augmenter leur capacité à agir en améliorant leur *sentiment d'efficacité personnelle*.

4. Perspectives

4.1. Perspectives de recherche autour de l'enseignement de l'incertitude

4.1.1. Concernant l'enseignement 'théorique' de l'incertitude aux étudiants

Suite à cette étude, il nous paraîtrait intéressant de pouvoir réévaluer la formation sur un échantillon plus grand afin de pouvoir obtenir des résultats statistiquement significatifs et confirmer –ou non- les tendances observées dans cette étude.

De prochaines études pourraient aussi s'intéresser à l'évaluation d'une formation plus longue qui permette aux internes d'aller au-delà de la simple prise de conscience, en creusant la réflexivité sur leurs affects et en consolidant la mise en capacité amorcée.

D'autre part, des recherches pourraient affiner la question du moment propice pour recevoir cette formation durant l'internat de médecine générale.

En effet, si la littérature semble décrire le SASPAS comme un moment idéal pour la réception d'une telle formation, aucune étude n'a confirmé cette hypothèse. L'expérience de cette étude montre que les internes en niveau 1 ont déjà une expérience assez conséquente pour être réceptifs à la formation donnée.

Cette hypothèse que la formation puisse être bénéfique dès le début de l'internat semble se confirmer avec l'expérimentation réalisée à la faculté de médecine Paris Descartes où tous les internes de médecine générale en premier semestre à l'hiver 2018-2019 et en stage aux urgences ont reçu une demi-journée de formation sur la gestion de l'incertitude sur la base du script de l'enseignement évalué dans cette étude. Il semble que les retours des animateurs et des internes concernés aient été très positifs.

Il serait donc pertinent de vérifier par d'autres travaux l'intérêt d'une telle formation dès le début du DES de médecine générale.

Enfin d'autres études pourraient essayer de confirmer et comprendre les mécanismes d'aggravation de l'inquiétude quant aux conséquences négatives provoquée par la formation.

4.1.2. Concernant l'enseignement de l'incertitude dans la pratique

La prise de conscience de l'incertitude se réalisant avec les expériences vécues, l'apprentissage en supervision apparaît comme primordial pour comprendre et apprendre à gérer l'incertitude.

Pour cela, il serait intéressant d'évaluer la tolérance à l'incertitude des maîtres de stage qui ont pour mission d'accompagner les étudiants dans cet apprentissage par leur expertise en compétence de « gestion de l'incertitude ».

D'autre part, il pourrait être intéressant d'évaluer chez les superviseurs l'impact d'une telle formation sur leur tolérance à l'incertitude et les répercussions sur leurs manières de superviser les étudiants.

4.1.3. Concernant les outils de gestion de l'incertitude

Enfin, suite à cette étude, il paraît pertinent de poursuivre la recherche qui permettra d'affiner les outils de gestion de l'incertitude et de répondre aux limites de l'EBM en médecine générale.

La recherche permettant de développer des outils de gestion pourrait être celle dont l'objet est la compréhension des processus du raisonnement médical par exemple ; ou encore celle qui vise à développer les accès à l'information (réponse à l'incertitude de niveau 1) puisque l'enjeu est aujourd'hui de permettre aux praticiens « de disposer sur le plan logistique au moment où ils en ont besoin une information lisible, validée et mise à jour ». (4)

4.2. Développer l'enseignement de l'incertitude dans le cursus médical

4.2.1. En intégrant des concepts associés encore peu répandus dans la sphère médicale

a) Une éthique de l'ambiguïté

Estimant que l'incertitude est trop peu valorisée dans le milieu médical, Domen propose de définir une nouvelle éthique médicale qu'il nomme éthique de l'ambiguïté ou éthique d'imperfection.

Cette éthique est une culture de respect réciproque ; de reconnaissance de la liberté d'autrui et de son respect. Elle permet de « reconnaître, apprécier et tolérer les imperfections (et les incertitudes) que nous avons tous afin que notre humanité commune soit plus juste (c'est-à-dire respectueuse) et ait moins de

souffrances. » Elle s'inscrit dans la perspective d'une médecine centrée patient au travers de la décision partagée.

Pour Domen, une telle éthique pourrait permettre aux médecins de mieux reconnaître et tolérer leurs propres imperfections, celles de leurs patients, et celles de leurs étudiants ; et par là, de reconnaître la nécessité de traiter les autres avec bienveillance. Elle aurait ainsi des retombées positives importantes sur l'éducation médicale, la relation médecin-malade, et la pratique de la médecine –notamment dans l'appréhension et la gestion de l'incertitude par les médecins. (92)

b) La flexibilité

D'autres auteurs proposent de développer davantage la « flexibilité » dans les études et la recherche médicales pour favoriser la tolérance et mieux gérer l'incertitude.

Définie par la WONCA en 2014, la flexibilité est « la capacité que possèdent les praticiens de médecine générale d'agir en s'adaptant de manière pertinente à l'incertitude et à la complexité des situations cliniques en tenant compte des évolutions biomédicales et des changements de société dans le respect de l'éthique et des cultures ».

La flexibilité apparaîtrait donc comme la compétence dédiée pour gérer la complexité et l'incertitude. (67)

Dans le domaine de la recherche, les auteurs pensent qu'elle permettrait une meilleure compréhension de la complexité de l'incertitude et donc une meilleure gestion. Ainsi à travers l'ouverture et la collaboration avec d'autres disciplines, la flexibilité permettrait d'enrichir les raisonnements ou de raisonner différemment (abord historique, sociologique, religieux, philosophique, etc.), de répondre aux situations où l'EBM ne peut s'appliquer (environ 80% de la pratique en médecine générale), de stimuler la curiosité des médecins et de développer un nouvel enthousiasme pour l'exercice. D'autre part, la flexibilité en recherche pourrait aussi améliorer la prise en compte des préférences du patient. Par exemple, les recherches participatives permettraient d'axer la recherche sur les priorités des patients plutôt que celles des médecins. (44)

Pour ces auteurs, le développement de la flexibilité en médecine générale pourrait se faire par la recherche mais aussi par un enseignement plus centré sur le partage d'expériences et l'enseignement des erreurs. (67)

c) La gestion des affects

La gestion de l'incertitude est étroitement liée à la gestion des affects par le médecin.

D'une part, parce qu'un des moyens de mieux gérer l'incertitude est d'améliorer la tolérance à cette incertitude chez les médecins : une bonne tolérance améliore la qualité et la sécurité des soins ainsi que la relation médecin-malade.

D'autre part, parce que la communication interpersonnelle –dont dépend l'efficacité de la relation-malade– est aussi déterminante dans la gestion de l'incertitude. Or l'efficacité de cette communication dépend de la capacité du médecin à connaître ses propres émotions et celles du patient.

Il apparaît donc que savoir identifier ses affects et les modeler est une compétence décisive pour les médecins dans la gestion de l'incertitude.

- *Qu'en est-il de la compétence des médecins à gérer leurs propres émotions et celles du patient ?*

Aujourd'hui, l'empathie est devenue le pilier de la relation médecin-malade et la clé du professionnalisme en médecine générale. Elle est définie comme la capacité du médecin à comprendre le vécu émotionnel,

cognitif, moral et comportemental du patient. (93) Son enseignement au cours des dernières années s'est beaucoup déployé dans le cursus médical.

En revanche, la considération des affects du médecin semble être encore un paramètre occulté dans la relation médecin-malade.

Cela peut s'expliquer par une culture médicale qui –jusqu'à présent- se méfie, met à distance, voire exclut les émotions du soignant. Les médecins se méfient de leurs propres affects : des négatifs à raison puisque les études ont montré qu'ils détérioraient la qualité des soins ; des positifs (affection pour le patient, etc.) parce que le postulat qu'ils diminueraient les capacités du médecin à faire face aux situations complexes est prégnant, bien qu'aucune étude ne l'ait mis en évidence.

Cette méfiance conduit donc les médecins à mettre leurs affects à distance, à s'en détacher au nom de la « neutralité clinique » et de l'« objectivité ». Les études montrent ainsi que les médecins ne communiquent ni aux étudiants ni aux patients leurs états émotionnels et gèrent leur anxiété par des stratégies cognitivo-comportementales.

Il semble donc que les médecins considèrent et intègrent peu leurs affects dans la relation médecin-malade. Et de nombreuses études montrent que les médecins ont trop peu conscience de l'impact de leurs émotions, croyances, attentes, etc. dans l'interaction avec le patient. (69)

- *Un enseignement de la gestion des affects insuffisant*

Selon J. Shapiro, il n'existe actuellement pas d'enseignement sur la « gestion de ses propres émotions » au sein du cursus médical. Et plutôt que de mettre les étudiants en capacité à connaître leurs propres émotions, l'enseignement tendrait à les en séparer, notamment par cette culture médicale de « mise à distance ». Il précise que ce processus est très facile pour les étudiants car il constitue un excellent moyen de défense. Au cours de leur formation, les étudiants ont une vie émotionnelle très intense liée à de multiples facteurs (somme de connaissances à acquérir, rythme de travail avec déficit de sommeil, confrontation aux émotions du patient et de son entourage avec phénomènes de transferts et contre-transferts, prises de responsabilité, confrontation à l'incertitude, confrontation aux émotions de leur hiérarchie en stage, etc.). Cette intensité émotionnelle se révélant souvent très inconfortable, se détacher de ses propres émotions est un moyen de protection facile voire spontané chez les étudiants. (92)

Selon lui, cette absence d'enseignement sur les affects s'expliquerait par la peur du caractère « incontrôlable » que représentent les émotions. (69)

Une des conséquences de cette absence d'enseignement pourrait être la diminution observée de l'empathie chez les étudiants au cours de leur cursus de formation médicale. (94)

Le constat de Shapiro en 2011 peut aujourd'hui être nuancé puisque dans le cursus de formation médicale de nombreux enseignements autour de la relation médecin-malade ainsi que sur la problématique des émotions (empathie, etc.) se développent.

On peut citer par exemple l'intégration des groupes Balint dans le DES de médecine générale, parfois expérimentés dès le second cycle dans certaines universités. Pour rappel, les groupes Balint sont des groupes de discussion de pairs avec un psychanalyste, autour de cas cliniques vécus difficilement. L'objectif est de sensibiliser les participants à la singularité de la relation médecin-malade. Pour cela, les participants sont invités à s'intéresser à la personne du malade et aux processus psychiques qui interviennent dans la pathologie somatique (par exemple la relation que le patient entretient avec sa maladie) ; ainsi qu'à la personne du médecin (ses émotions, réactions, pensées, etc.) pour comprendre comment son histoire personnelle impacte sa pratique. C'est un travail sur la « personnalité professionnelle du soignant » : l'histoire privée du médecin n'est pas explorée. Les groupes Balint ont pour objectif de former les soignants à la relation médecin-malade, ils ne sont pas des groupes thérapeutiques. (95)

Ou encore les RSCA, où les internes sont invités à décrire leurs états émotionnels liés à une situation clinique complexe et en comprendre les impacts par l'analyse de ce cas vécu.

Ces enseignements mis en place permettent donc aux étudiants de développer leur capacité à identifier les émotions du patient et celles du soignant, et à comprendre comment elles interagissent dans la relation et avec le soin.

Toutefois, il semble que ces moyens soient encore incomplets. (92,94)

Si les étudiants sont invités à observer, reconnaître les émotions (du soigné et du soignant) et comprendre les mécanismes d'interaction et leurs enjeux dans une relation de soin, l'enseignement ne leur propose pas d'outils « opératoires » pour apprendre à moduler les émotions identifiées.

La gestion des affects est donc un concept encore peu répandu dans la formation médicale et qui gagnerait à être développé pour potentialiser l'enseignement de l'incertitude.

4.2.2. En valorisant ce qui existe déjà

En pratique, le développement de la formation des étudiants sur l'incertitude peut se faire à partir des enseignements déjà existants.

a) Au cours du deuxième cycle, valoriser l'enseignement de l'incertitude liée à la subjectivité

Dans un second cycle dont l'objectif principal est l'acquisition de connaissances biomédicales, il peut être difficile de valoriser l'incertitude liée au savoir et à sa maîtrise. Cependant, on peut approfondir l'enseignement autour de l'incertitude liée à la subjectivité.

Ainsi dans certaines universités de médecine telles que Paris Descartes, des enseignements sur la relation médecin-malade ont déjà été mis en place dès le second cycle afin de développer les potentialités empathiques des étudiants. Une introduction théorique à la psychologie médicale est proposée aux étudiants de 2^e année. En 3^e année, les étudiants sont invités à explorer cette psychologie « dans la pratique » par un enseignement médiatisé par des vidéos, des questionnaires, des rencontres avec des patients. Enfin, en 4^e année de médecine, il leur est proposé des mises en situation afin d'acquérir des compétences relationnelles et communicationnelles au travers de jeux de rôle ou d'une initiation aux groupes Balint. (96)

b) Au cours du DES de médecine générale

- *Poursuivre l'apprentissage de la réflexivité*

Les résultats de cette étude confirment que la réflexivité est une composante majeure pour apprendre à mieux gérer l'incertitude. Il semble donc bénéfique de continuer à développer la réflexivité des étudiants à travers les divers travaux déjà proposés : RSCA, journal de bord, groupes Balint, supervision, etc.

Comme nous l'avons vu, il semble que ces exercices seraient mieux reçus et davantage valorisés si leurs objectifs étaient plus explicites pour les étudiants. On pourrait ainsi espérer que les internes adhèrent mieux aux objectifs du DMG – à savoir, former des médecins généralistes réflexifs sur leur pratique car l'incertitude est un enjeu professionnel majeur en médecine générale et la réflexivité, un outil efficace pour l'acquisition de compétences qui permettront de gérer cette incertitude.

- *Poursuivre l'apprentissage des moyens « pratiques » de gestion*

De nombreux outils (tels que la temporisation, le raisonnement par probabilité, l'écoute du patient, les GEP, la communication, etc.) permettent la gestion de l'incertitude par le médecin au quotidien et sont déjà transmis au cours des enseignements ou de la supervision lors des stages en médecine générale. Davantage les expliciter comme tels permettrait aussi de les valoriser et de permettre aux étudiants de mieux se les approprier.

Deux axes nous semblent particulièrement importants pour l'enseignement de cette gestion :

- Le premier serait de poursuivre et développer l'enseignement autour du raisonnement médical. En effet, « il est souvent remarqué que la manière dont les médecins raisonnent réellement ne correspond pas à la manière dont ils croient raisonner (ou du moins de ce qu'ils rapportent qu'ils font) ». Dans cette perspective, il serait intéressant d'approfondir le raisonnement par prévalences et probabilités des médecins (encore trop considérés comme de « piètres calculateurs » !), et leur compréhension des processus du raisonnement médical. Cela dans l'objectif qu'étudiants et enseignants partagent une représentation conceptuelle explicite du raisonnement clinique et que l'apprentissage des étudiants en soit ainsi facilité. (38,70)
- Le second serait de former davantage encore les étudiants en sciences humaines. Les médecins surestiment encore considérablement le temps d'écoute accordé à leur patient ainsi que la quantité et la qualité de l'information délivrée. L'étude ENTRED en 2007 montre encore la grande discordance (63%) entre la perception du médecin dans sa manière d'impliquer le patient dans la décision et celle du patient. Pour le sociologue Circourel, le plus grand progrès de la médecine à venir ne serait pas nécessairement dans le domaine pharmaceutique mais dans une relation partenariale avec le patient. Pour une décision partagée réussie, les médecins doivent encore développer leurs compétences d'écoute et de communication. (12,14)

4.2.3. En intégrant de nouvelles propositions

a) Vers un changement de paradigme au second cycle ?

Le second cycle est focalisé sur l'acquisition d'un savoir biomédical (connaissances des pathologies par modules). Pendant ces années, l'étudiant apprend à contrôler et gérer la maladie. La connaissance (voire la certitude) est valorisée et considérée comme un trait de caractère précieux ; l'incertitude peut être vécue comme une faiblesse, et ce trait ne dispose pas à une bonne tolérance de l'incertitude. (48,71)

C'est au regard de ce contexte que Domen propose de refonder la médecine et ses études sur une éthique de l'ambiguïté. Pour lui, les structures et organisations de soins actuelles (dans lesquelles sont formés les étudiants) sont trop hiérarchisées et centrées autour de la maladie. Il y a peu de place pour l'incertitude. (92)

Il serait intéressant d'explorer les possibilités d'intégrer dès le début des études médicales une culture de l'incertitude afin que les étudiants en aient une perception plus positive et une meilleure compréhension (sources de l'incertitude, réactions, etc.). Cette culture pourrait s'installer grâce à un apprentissage davantage orienté sur le modèle « partage d'expériences » et enseignement à partir des erreurs. Ainsi en partageant leurs incertitudes aux jeunes étudiants, les formateurs leur permettraient d'intégrer la normalité de l'incertitude dans l'exercice médical. Le jeune âge serait alors peut-être moins corrélé à une mauvaise tolérance de l'incertitude.

b) Une formation spécifique sur l'incertitude pour les étudiants en MG

Au vu de la demande de formation des étudiants et de la satisfaction de ceux qui ont participé à l'étude, il paraît pertinent d'intégrer dans le cursus du DES de médecine générale un enseignement spécifique et explicite sur l'incertitude.

Le développement d'une formation spécifique sur l'incertitude pour les internes de médecine générale aurait de nombreux bénéfices :

- Pour les sujets, patients et médecins :
 - Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient
 - Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle à gérer l'incertitude chez les jeunes médecins
 - Consolidation des aptitudes du médecin à se centrer patient en situations cliniques complexes
 - Amélioration de la satisfaction professionnelle des médecins

- Pour les facultés de médecine :
 - Réponse temporaire au problème de l'hétérogénéité des stages ambulatoires en médecine générale et donc de l'inégalité de l'offre d'apprentissage (cf 1.2.3.)
 - Meilleure adhésion des étudiants aux propositions d'enseignements du DMG par l'explicitation d'un enjeu professionnel.

- Pour la structuration de la médecine générale en tant qu'entité indépendante
 - Ouverture d'un espace de réflexion collective sur les savoirs et les pratiques, autour d'un enjeu professionnel commun et spécifique.

c) Une formation spécifique pour le corps enseignant

« Une pédagogie de l'ambiguïté sera nécessairement dérangeante [mais elle] revigorera le processus d'enseignement et d'apprentissage en incluant des interprétations multiples, des représentations alternatives et des voix silencieuses dans le programme, tout en défiant la recherche de la certitude absolue. » (71)

De nombreuses études préconisent la formation des enseignants -qu'ils soient professeurs universitaires, tuteurs et/ou maîtres de stage- car ils ont une grande influence sur le comportement des étudiants. Ainsi en évitant le principe de 'toujours avoir raison', en enseignant l'humilité dans la capacité à tout savoir, en faisant apprécier aux étudiants le rôle que joue l'incertitude dans la pratique médicale, en valorisant la culture du respect, les enseignants peuvent améliorer la tolérance à l'incertitude des étudiants. (71,81)

Domen (71) propose une approche « descendante » pour diffuser l'importance de l'ambiguïté et de l'incertitude et la tolérance à leur égard. Pour lui, il est d'abord essentiel d'instaurer une culture de respect à l'échelle de l'institution si les défis lancés par l'incertitude (amélioration du raisonnement clinique, soins centrés patients, décision partagée) veulent être intégrés à la pratique habituelle. Il recommande par ailleurs une formation de perfectionnement pour les enseignants afin de faciliter l'apprentissage des internes. Les internes seront ainsi formés à gérer l'incertitude et pourront à leur tour initier les externes qu'ils encadrent durant leurs stages hospitaliers. (70,71)

L'intérêt de suivre la formation évoquée pour les enseignants (universitaires et cliniciens) serait d'une part, d'acquérir des connaissances plus précises sur les processus décisionnels ; d'autre part d'augmenter leur niveau d'expertise (compétence à gérer l'incertitude). Cette meilleure tolérance de l'incertitude

permettrait aux enseignants de mieux tolérer l'ambiguïté des étudiants auxquels ils sont confrontés et de les initier à cette démarche (71). Pour les maîtres de stage, elle permettrait de modifier la vision de leur rôle dans l'accompagnement : de passer d'une fonction heuristique et d'un rôle « par l'exemple » à celui du compagnonnage cognitif. (84) Les superviseurs pourraient alors mieux expliciter les représentations conceptuelles du raisonnement clinique et de la prise de décision et ainsi faciliter l'apprentissage de cette compétence par l'étudiant. (70) De la même manière, ils pourraient davantage communiquer sur l'impact et l'implication de leurs émotions dans les prises de décision pour permettre une prise de conscience des étudiants et initier un travail sur ce sujet.

Enfin certains auteurs proposent de réaliser une analogie entre la démarche de raisonnement clinique (dont les superviseurs sont experts) et celle de raisonnement pédagogique. Cela permettrait de remettre les superviseurs dans leur zone de confort, d'expertise (celui de la gestion de l'incertitude) et d'augmenter leur sentiment de compétence dans le domaine de la pédagogie. Ainsi cela faciliterait leur engagement dans une supervision clinique *et* pédagogique : processus de détection des difficultés d'un étudiant (génération d'hypothèses explicatives des déficits observés, suivie d'une récolte de données à visée confirmatoire), de formulation de diagnostics pédagogiques et de plans pédagogiques ciblés. (78)

d) Développer un enseignement sur la gestion des affects durant le cursus médical

Puisque la gestion de l'incertitude est étroitement liée à la gestion des affects du médecin et que la formation actuelle sur ce sujet est incomplète (car ne propose pas d'outils « opératoires »), plusieurs auteurs ont proposé des modèles conceptuels d'enseignement pour les étudiants en médecine.

Ces modèles ont en commun d'aller jusqu'à une 'intervention' une fois les affects identifiés :

- Certains proposent de développer une « intelligence émotionnelle » au service d'une médecine professionnelle centrée patient. Cette intelligence consisterait à savoir prendre en compte ses propres émotions pour les utiliser à bon escient. L'enseignement consisterait à rendre les étudiants capables de percevoir leurs propres émotions, de les comprendre et les discriminer, de les gérer (sans les ignorer, ni en être submerger) et enfin de les utiliser. (97)
- D'autres proposent un enseignement axé sur la « régulation des émotions », la finalité est de rendre les étudiants capables de moduler leurs expériences émotionnelles par la réévaluation cognitive. L'objectif n'est pas alors de réguler les émotions à la baisse mais de travailler un équilibre en changeant la façon de penser pour modifier l'expérience émotionnelle. (98)

Les outils pédagogiques proposés sont divers (méditation pleine conscience, médecine narrative, etc.) et sont encore trop peu évalués par la recherche.

Ainsi intégrer un enseignement de la gestion des affects aux étudiants permettrait d'améliorer la tolérance à l'incertitude des futurs médecins et donc de mieux gérer cette incertitude.

Enfin, en apprenant aux étudiants à intégrer dans et pour le soin les émotions positives du patient et du soignant (sollicitude, bienveillance), cet enseignement permettrait aussi de potentialiser le caractère thérapeutique de la relation médecin-malade.

Perspectives suite à cette étude :

➤ Perspectives pour la recherche :

- Approfondir la recherche concernant un *enseignement 'théorique'* spécifique sur l'incertitude pour les étudiants en médecine (étude de plus grande envergure, recherche sur le format, le moment idéal, etc.)
- Initier la recherche sur *l'enseignement 'en pratique'* : évaluer la tolérance à l'incertitude des maîtres de stage, l'intérêt d'une formation spécifique pour eux sur ce sujet et son impact sur la supervision des étudiants
- *Développer les outils de gestion* de l'incertitude et répondre aux limites de l'EBM

➤ Développer l'enseignement de l'incertitude dans le cursus :

- En intégrant des concepts peu répandus tels que ceux de *l'ambiguïté*, de la *flexibilité* ou de la *gestion* des émotions
- En valorisant l'enseignement déjà existant : au cours du 2nd cycle, l'enseignement sur l'incertitude liée à la subjectivité ; lors du DES, l'apprentissage par la réflexivité ainsi que l'appropriation des outils de gestion de l'incertitude
- En intégrant de nouvelles propositions telles qu'un changement de paradigme dans l'apprentissage du second cycle avec une meilleure appréhension de l'incertitude liée au savoir et sa maîtrise, des enseignements 'théoriques' sur ce sujet pour les étudiants en médecine et le corps enseignant, et un enseignement autour de la gestion des affects.

❖ CONCLUSION

L'exercice en médecine générale se caractérise par une incertitude prégnante et souvent irréductible. Les sources d'incertitude sont nombreuses pour le médecin généraliste : elles sont liées à l'étendue de son champ de connaissances et à la maîtrise de ce savoir, à la subjectivité des sujets, et aux conditions originales de son exercice.

Le niveau de tolérance qu'ont les médecins face à cette incertitude se révèle déterminant pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, pour les dépenses de santé, ainsi que pour la satisfaction professionnelle des médecins. Une mauvaise tolérance de l'incertitude par les médecins génère des surprescriptions onéreuses pour la société, une surmédicalisation avec des risques non négligeables pour le patient et un risque accru de burn out chez les médecins.

Un enseignement spécifique sur l'incertitude permet-il d'améliorer cette tolérance chez les médecins ? Bien que notre étude n'ait pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes, ce travail semble confirmer l'impact positif d'une telle formation chez les internes en médecine générale.

Développer davantage l'enseignement de l'incertitude durant le DES de médecine générale apparaît donc comme une proposition pertinente pour améliorer la tolérance des médecins face à l'incertitude.

Cet enseignement pourrait se faire à travers l'intégration de concepts, tels que la flexibilité ou l'éthique de l'ambiguïté, encore peu répandus dans le domaine médical.

Par ailleurs, il semble pertinent de valoriser auprès des internes l'enseignement déjà existant au sein des DMG. Pour cela, la délivrance aux internes d'une formation spécifique plus conséquente sur l'incertitude ainsi que l'amélioration de la formation du corps enseignant (tuteurs, maîtres de stage et enseignants) sur ce sujet apparaissent comme des moyens efficaces pour faciliter la compréhension et l'appropriation des outils (notamment celui de la réflexivité) déjà développés par les DMG.

Enfin développer l'apprentissage de la gestion des affects à partir de modèles conceptuels tels que ceux de l'intelligence émotionnelle ou de la régulation émotionnelle sont des pistes nouvelles pour améliorer la gestion de l'incertitude et sa tolérance.

Ces propositions d'enseignement, en améliorant la tolérance à l'incertitude des médecins et leur compétence à gérer cette dernière, permettraient aux futurs médecins d'approfondir l'apprentissage d'une médecine globale centrée patient.

❖ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mallet D, Duchêne V. Globalité et médecine moderne. Laennec. 2012 Jan 1;Tome 56(2):35–49.
2. Parent F, Audétat M-C. Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue française de linguistique appliquée*. 2013;XVIII(1):93–106.
3. Aiguier G, Cobbaut J-P. Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation. *Journal International de Bioéthique et d'Ethique des Sciences*. 2016 Apr 27;27(1):17–40.
4. Giraud A. La nouvelle évaluation médicale pour une méthode de la pratique clinique. *Médica*. 2000.
5. Fox R. L'incertitude médicale. Paris-Louvain-la-Neuve: L'Harmattan CIACO; 1988. 202 p.
6. Amalberti R. Intérêt et limites des modèles de décision médicale. *Éléments d'histoire et situation actuelle*. Laennec. 2014;62(4):14–26.
7. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making*. 2003 Jun;23(3):226–31.
8. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008;26(1):67–91.
9. Masquelet A-C. *Le raisonnement médical*. Presses universitaires de France; 2006. (Que sais je ?).
10. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
11. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. *Rev Prat Med Gen*. 2004;(674/675):1482–6.
12. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. *Manuel théorique de médecine générale*. GMSanté; 2015.
13. Delassus É. Décision, détermination, résolution. *Réflexion sur la décision médicale*. Cahiers philosophiques. 2013;134(3):52–66.
14. Fainzang S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Presses Universitaires de France; 2015. 192 p.
15. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot & Rivages; 2003. 418 p.
16. Giet D. *Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale*. *Rev Med Liege*. 2006;(61):277–84.
17. Allen J, Gay B. *La définition européenne de la médecine générale*. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.
18. Braun RN. *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Paris: Payot; 1979. 512 p.

19. Kandel O, Duhot D, Véry G. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *Rev Prat Med Gen.* 2004;(656–57):781–4.
20. Baszanger I. La Construction D'un Monde Professionnel : Entrées Des Jeunes Praticiens Dans La Médecine Générale. 1983;25(3):275–94.
21. Gerrity MS, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *American Journal of Sociology.* 1992 Jan 1;97(4):1022–51.
22. Bettes M, Vidal M. Étude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2017.
23. Sandid K. Déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale en France : l'étude DERFI-IMG [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7.; 2016.
24. Nevalainen M, Kuikka L, Sjöberg L, Eriksson J. Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students. *Family Medicine - Kansas City.* 2012;44(4):240.
25. Schor R, Pilpel D, Benbassat J. Tolerance of Uncertainty of Medical Students and Practicing Physicians. *Medical Care.* 2000 Mar;38(3):272–280.
26. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' Reactions to Uncertainty in Patient Care: A New Measure and New Insights. *Medical Care.* 1990;28(8):724–36.
27. Bovier PA, Perneger TV. Stress from Uncertainty from Graduation to Retirement—A Population-Based Study of Swiss Physicians. *Journal of General Internal Medicine.* 2007 May;22(5):632.
28. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale : une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2013.
29. Moussel É, Morel A. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2017.
30. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale : étude quantitative en Corrèze [Thèse d'exercice]. Université de Limoges; 2013.
31. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care.* 2014 Jun;32(2):84–9.
32. Velluet L, Gervais Y. Les trois espaces de la relation thérapeutique. 2003.
33. Lorenzo M, Pelaccia T, Delacour C. Décision en situation d'incertitude en médecine générale. *Pédagogie Médicale.* 2017 Supplement;18:S73-S74. 2p.
34. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. *Clinical reasoning in the health professions.* Elsevier Health Sciences.; 2018.
35. Bourret P, Rabeharisoa V. Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique. *Sciences sociales et santé.* 2008;26(1):33–66.

36. Thiry A-S. Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne ? [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
37. Lagrée J. La vie sans fin ... Aspects philosophiques. In: Fin de vie en réanimation. Paris: Elsevier;
38. Lemoine M. Introduction à la philosophie des sciences médicales. Hermann. 2017.
39. Colin R. Médecine basée sur les preuves et éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2001 May 1;2(2):69–70.
40. Bergeron H, Castel P, Hauray B. Evidence-based medicine. In: Dictionnaire critique de l'expertise : Santé, travail, environnement. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2015. p. 140–8. (Références).
41. Brun-Buisson C. L'émergence de la médecine scientifique. Chapitre 13. Plaidoyer pour l'EBM. Ou comment nier les évidences. Editions Matériologiques; 2016.
42. Boussageon R. L'evidence based medicine (EBM) et la légitimité du pouvoir de guérir. *Revue d'éthique et de théologie morale*. 2011;266(HS):33–46.
43. Lauvin T. Evidence-Based Medicine, quelle place dans la décision du médecin ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
44. Vignon G, Aubrège A, Minguet C. Apport de la flexibilité dans la recherche en médecine générale. *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2018;(141).
45. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005 Feb 19;135(7–8):101–8.
46. Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ*. 2013 Jan 7;13:2.
47. Benbassat J, Pilpel D, Schor R. Physicians' attitudes toward litigation and defensive practice: development of a scale. *Behav Med*. 2001;27(2):52–60.
48. Weissenstein A, Ligges S, Brouwer B, Marschall B, Friederichs H. Measuring the ambiguity tolerance of medical students: a cross-sectional study from the first to sixth academic years. *BMC Fam Pract*. 2014 Jan 9;15:6.
49. Tatzel M. Tolerance for Ambiguity in Adult College Students - Miriam Tatzel, 1980. *Rapports psychologiques*. 1980;47(2):377–8.
50. Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours: proposition de définition et finalisation d'une méthode pratique permettant d'élaborer une liste des dangers inhérents à chaque résultat de consultation du DRC de la Société française de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2011.
51. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Légaré F. The impact of physicians' reactions to uncertainty on patients' decision satisfaction. *J Eval Clin Pract*. 2011 Aug;17(4):575–8.

52. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect*. 2011 Mar;14(1):84–91.
53. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2000 Apr;40(1):59–65.
54. Allison JJ, Kiefe CI, Cook EF, Gerrity MS, Orav EJ, Centor R. The association of physician attitudes about uncertainty and risk taking with resource use in a Medicare HMO. *Med Decis Making*. 1998 Sep;18(3):320–9.
55. Pawlak C. Empathie, incertitude et identité professionnelle du médecin. *Annales médico-psychologiques*. 1996;154(8–9):511–8.
56. Wayne S, Dellmore D, Serna L, Jerabek R, Timm C, Kalishman S. The association between intolerance of ambiguity and decline in medical students' attitudes toward the underserved. *Acad Med*. 2011 Jul;86(7):877–82.
57. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient Educ Couns*. 2009 Sep;76(3):300–6.
58. Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2012 Jun;11(3):158–63.
59. Bovier PA, Martin DP, Perneger TV. Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2005 Nov 10;5:72.
60. Doan A. Relation entre la surmédicalisation et les réactions face à l'incertitude chez les internes de médecine générale de France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2018.
61. Hewson MG, Kindy PJ, Van Kirk J, Gennis VA, Day RP. Strategies for managing uncertainty and complexity. *J Gen Intern Med*. 1996 Aug;11(8):481–5.
62. Ghosh AK. Dealing with medical uncertainty: a physician's perspective. *Minn Med*. 2004 Oct;87(10):48–51.
63. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. *Can Med Assoc J*. 1982 Apr 15;126(8):915–7.
64. Thomson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1978 Jun;28(191):343–6.
65. Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. *Le médecin du Québec*. 2010 May;45(5).
66. Haute Autorité de Santé Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013 Oct. (http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf).
67. Aubart M, Di Patrizio P, Aubrège A. La flexibilité en médecine générale est-elle utile dans la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ? *Exercer, la revue francophone de Médecine Générale*. 2016;(128):283–5.

68. Kjaer NK, Stolberg B, Coles C. Collaborative engagement with colleagues may provide better care for 'heart-sink' patients. *Educ Prim Care*. 2015 Jul;26(4):233–9.
69. Shapiro J. Perspective: Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training: *Academic Medicine*. 2011 Mar;86(3):326–32.
70. Chamberland M. Comment exploiter les résultats de la recherche pour améliorer nos activités d'enseignement et d'apprentissage du raisonnement clinique ? *Pédagogie Médicale*. 2005 Nov;6(4):197–9.
71. Domen RE. The Ethics of Ambiguity. *Acad Pathol* [Internet]. 2016 Jun 16 [cited 2018 Nov 14];3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5497921/>
72. Grant AJ, Vermunt JD, Kinnersley P, Houston H. Exploring students' perceptions on the use of significant event analysis, as part of a portfolio assessment process in general practice, as a tool for learning how to use reflection in learning. *BMC Medical Education*. 2007;7:5.
73. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Revue française des affaires sociales*. 2014;(1–2):169–91.
74. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Abstract. *Revue française des affaires sociales*. (1):101–25.
75. Ritter Raimundo Matias C. L'incertitude en médecine générale : de la vie professionnelle à la faculté. 2000.
76. Motte B, Van Pee D, Cobbaut J-P. Proposition d'un cadre théorique pour la formation des médecins généralistes à l'incertitude, et des grilles d'évaluation qui en découlent. *Pédagogie Médicale*. 2017 Supplement;18:p15-15. 1p.
77. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care*. 2011;19(3):175–81.
78. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique - I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2011 Nov;12(4):223–9.
79. Formations par concordance (FpC) - Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) - Faculté de Médecine - Université de Montréal [Internet]. Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS). Available from: <https://www.cpass.umontreal.ca/recherche/groupe-de-recherche-cpass/axes-de-recherches/concordance/formation-et-evaluation-par-concordance/fpc/>
80. Formation par concordance de raisonnement - Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) - Faculté de Médecine - Université de Montréal. Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS).
81. Pastré P. Conceptualisation et herméneutique : à propos d'une sémantique de l'action. In: *Signification, sens, formation*. 2000. p. 45–60. (PUF).

82. Belpaume C. Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. 2009;99(4):43–74.
83. Steichen O. Former à la décision médicale. *Laennec*. 2014;62(4):51–61.
84. Deschenes M-F, Goudreau J. Le compagonnage cognitif : une approche pédagogique au développement du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2017 Supplement;18:S72-S73. 2p.
85. Care N, Sanche. Je pense, donc je soigne : les dessous de la décision clinique. 2010 May;45(5):45–50.
86. Attali C, Mazabrard P. Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale. *Commentaire. Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):67–72.
87. Audétat M-C, Dory V, Nendaz M, Vanpee D, Pestiaux D, Junod Perron N, et al. What is so difficult about managing clinical reasoning difficulties? *Medical Education*. 2012 Feb 1;46(2):216–27.
88. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2011 Feb;12(1):7–16.
89. Le Roux V. Validation culturelle et psychométrique française du PRU (Physicians' Reactions to Uncertainty scales), questionnaire américain de mesure des réactions affectives des médecins face à l'incertitude. [Thèse d'exercice]. Université de Brest; 2015.
90. Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. 2013.
91. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. L'orientation scolaire et professionnelle. 2004 Sep 15;(33/3):475–6.
92. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008 Mar 12;3:10.
93. Ouairy M. Revue systématique de la littérature de l'empathie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018.
94. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):996–1009.
95. Even G. Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2008 Jul 9;n° 50(1):149–60.
96. Lemogne C, Mamzer M-F. Proposition de restructuration de l'enseignement des humanités médicales.
97. Grewal D, Davidson HA. Emotional intelligence and graduate medical education. *JAMA*. 2008 Sep 10;300(10):1200–2.
98. Gross J. Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;(39):281–91.

❖ ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux internes

Tolérance à l'incertitude en médecine générale

Je suis étudiante à Paris V et réalise ma thèse sur la gestion de l'incertitude en médecine générale.

Débouché attendu : améliorer notre formation !

J'ai besoin pour cela que vous remplissiez ce questionnaire, ce qui ne doit pas vous prendre plus de 6 minutes. Merci d'avance et à charge de revanche !

Partie 1 : à propos de vous

Les trois premières lettres de votre prénom*

Les trois premières lettres de votre nom*

Quel âge avez-vous ?*

Vous êtes :*

1. Une femme
2. Un homme

Actuellement, vous êtes*

1. en stage de médecine générale niveau 1
2. en SASPAS (stage de médecine générale niveau 2)
3. en stage ambulatoire pôle mère-enfant
4. Avez-vous déjà eu une activité de remplacement en médecine générale ?

Quel type d'exercice professionnel envisagez-vous ?*

Plusieurs réponses possibles

- Médecine générale : en cabinet libéral seul
- Médecine générale : en cabinet libéral à plusieurs
- Médecine générale : en libéral au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Médecine générale : en Centre de Santé
- Autre(s) spécialité(s) : salarié à l'hôpital
- Autre ...

Dans votre activité future, envisagez-vous une activité médicale orientée dans un domaine spécifique (urgences, gynécologie, médecine du sport, etc) ?*

1. Oui
2. Non

Partie 2 : Vos réactions face à l'incertitude

Cette partie ne concerne pas un cas en particulier mais plutôt votre ressenti de manière générale. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, soyez sincère !

Anxiété liée à l'incertitude

1. En général, je suis anxieux(se) si je ne suis pas sûr(e) de mon diagnostic.*

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

2. Dans la prise en charge du patient, je trouve l'incertitude déroutante.*

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

3. Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me met mal à l'aise.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

4. Dans la prise en charge du patient, l'incertitude ne me dérange pas.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

5. Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me dérange souvent.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Inquiétude quant aux conséquences négatives

6. Lorsque je doute d'un diagnostic, j'imagine toutes sortes de scénarios catastrophes (décès du patient, procès...).*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

7. Je crains qu'on me reproche un manque de connaissances.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

8. Lorsque je ne peux pas établir de diagnostic, je crains d'être accusé(e) de faute professionnelle.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Réticence à révéler l'incertitude au patient

9. Un médecin qui a des doutes sur le diagnostic devrait en faire part au patient.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

10. Je fais toujours part aux patients de mes doutes.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

11. Si je faisais part à mes patients de tous mes doutes, je perdrais leur confiance.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

12. Faire part de mes doutes améliore ma relation aux patients.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

13. Quand j'ai un doute sur le traitement à prescrire, je ne souhaite pas que mes patients le sachent.*

1 2 3 4 5 6
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Réticence à parler de ses erreurs aux confrères

14. Je ne parle presque jamais à mes confrères de mes erreurs diagnostiques.*

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

15. Je ne parle jamais à mes confrères de mes erreurs de prise en charge.*

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Partie 3 : incertitude et enseignement

3 dernières questions pour connaître votre avis et vos attentes sur l'enseignement de l'incertitude et sa gestion au cours de l'internat !

Avez-vous déjà abordé spécifiquement la notion d'incertitude (et sa gestion) pendant votre internat ?*

Plusieurs réponses possibles

- non, je n'ai pas eu l'occasion d'aborder cette notion
- oui, avec les médecins seniors lors de stages hospitaliers
- oui, avec mon tuteur
- oui, avec mes cointernes lors de discussions informelles
- oui, avec mon maître de stage en médecine générale
- oui, lors des formations théoriques proposées par la faculté
- oui, lors de GEP (groupe d'échanges de pratique) proposés par la faculté
- oui, lors de la réalisation des RSCA ou traces d'apprentissage
- autre ...

Seriez-vous intéressé(e) par une formation spécifique complémentaire sur ce sujet ?*

1. oui
2. non

Selon vous, quel format serait le plus pertinent pour une formation spécifique sur ce sujet ?*

Plusieurs réponses possibles

- cours magistral avec apport théorique
- lecture d'articles
- groupe d'échange de pratiques orienté sur ce sujet
- mise en situation au cours des séances "familles de situation"
- autre ...

Annexe 2 : Courrier envoyé pour la recension des DMG

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale et me permets de vous contacter à propos de mon travail de thèse. Mon travail de recherche est porté sur ***l'enseignement de la notion d'incertitude au cours de l'internat de médecine générale***. Mon directeur de thèse est le Dr BLCÈDE, maître de conférences associé à la faculté Paris Descartes.

Dans ce cadre je fais donc un **travail de recension** pour dresser un état des lieux de ce qui est proposé sur cette thématique dans les différents DMG de France.

Je vous sollicite donc afin de savoir ce qui est proposé ***au sein de votre DMG*** :

- Comment enseignez-vous la notion d'incertitude ?
- Mettez-vous à disposition des étudiants des ressources et, si oui, lesquelles ?
- Leur demandez-vous de produire des travaux spécifiques et, si oui, sous quelles formes ?

En vous remerciant d'avance pour votre aide,

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et suis joignable par mail ou téléphone.

Très cordialement,
Guillemette CHOQUET

Interne en 6^e semestre de médecine générale à Paris Descartes.

Évaluation de la formation "Gestion de l'incertitude en médecine générale"

Bonjour à tous,

5 mois après la formation reçue, je souhaite recueillir votre avis "à froid" sur cette formation !

L'objectif premier : évaluer l'intérêt de cette formation dans votre parcours d'interne.

Un grand merci d'avance pour votre sincérité !

Le sujet de la formation vous a-t-il paru pertinent par rapport à votre pratique ?*

1. Oui
2. Non

La formation a-t-elle changé quelque chose dans votre exercice ?*

1. Oui
2. Non

Une chose que vous retenez de cette formation parce qu'elle vous a surpris ou marqué :*

Réponse longue ...

Une chose que vous avez mis en place dans votre pratique au décours de la formation :*

Réponse longue ...

Recommanderiez-vous l'intégration de cette formation dans le DES de médecine générale ?*

1. Oui
2. Non

Avez-vous des pistes d'amélioration à suggérer ?

Réponse longue...

SCRIPT de la FORMATION à L'INCERTITUDE et sa GESTION

Sur un format de 2h

Avant la séance :

- 2 articles envoyés aux internes pour préparer la séance :
 - o Tolérance à l'incertitude en médecine générale. Lorenzo, M. Exercer 2014;112(suppl 1):S6-S7.
 - o Apprivoiser l'inévitable incertitude. Manuel théorique de médecine générale, fiche n°31. Société française de médecine générale, SFMG.

- Préparation du matériel :
 - o Diaporama vignettes cliniques
 - o Diaporama apport théorique sur l'incertitude
 - o Prévoir le matériel : ramette de papiers, post-its, marqueurs, etc

1^e partie de la séance (~25 min) :

Objectif pédagogique : faire prendre conscience de l'incertitude

Moyen pédagogique : travail à partir de vignettes choisies au préalable

1. Rapide présentation du travail de thèse + rappel des **règles de bienveillance**

2. **4 vignettes cliniques**
(en fonction du temps et de l'élaboration : on pourra supprimer la 3^e vignette)
et questions posées au groupe (*rapidement sans discuter*) :
 - pour 1^{ère} et 2^e : quel est votre diagnostic ?
 - pour 3^e et 4^e : quel est votre diagnostic ? quelle est votre prise en charge ?

3. **Débriefing** en groupe à partir des questions suivantes :
 - Comment repérer l'incertitude ?
 - Quel est leur ressenti en situation d'incertitude ?

- Quelle est la cause du ressenti ? (*si ne sort pas spontanément*)
(→malaise de ne pas savoir ? est-ce normal ? etc)
- Quelles sont les conséquences de ce ressenti ?

2^e partie de séance (~25 min) :

Objectif pédagogique : acquérir une base de connaissances sur les concepts autour de l'incertitude

Moyen pédagogique : débriefing de lectures d'articles, apports théoriques par diaporama

1. Reprise des **articles** :
 - En quoi les articles que vous avez lus éclairent la discussion ?
 - Est-ce que vous avez d'autres sources sur ce sujet ?
2. **Présentation PPT** comportant les notions suivantes :
 - Différentes sources d'incertitudes
 - Différents types d'incertitude
 - Différents niveaux d'incertitude
 - Conséquences des différents ressentis face à l'incertitude

3^e partie de séance (~30 min) :

Objectif pédagogique : acquérir des outils de gestion face à l'incertitude

Moyen pédagogique : métaplan et débriefing

1. **Métaplan** (2-3 post-it's /pers)
 - Question posée : En essayant de vous souvenir de situations d'incertitude vécues, quels moyens avez ou auriez-vous pu utiliser pour mieux gérer l'incertitude ?
2. **Débriefing** :
 - Regrouper ce qui peut l'être
 - i. Soit laisser les étudiants regrouper librement
 - ii. Soit en fonction du temps, leur proposer de classer leurs post-its directement dans les catégories « Du côté du médecin / de la relation / du patient »
3. Proposition **apport théorique** si tout n'est pas sorti (diapo)
 - Diapo : synthèse des outils de gestion à disposition
 - Illustration avec outil DRC + remise livret DRC

Conclusion de la séance (~25 min) :

- Écrire un message de ce que je retiens + tour de table
- +/- Complément avec la liste suivante :
 - Il est possible de diminuer le niveau d'incertitude mais une part de l'incertitude est *inhérente*, *l'important est de savoir faire avec*.
 - L'incertitude existe, il est *bénéfique d'en parler* pour progresser et partager (GEP), pour mieux la tolérer.
 - L'incertitude comme source de *stimulation*, le plus intéressant du métier de MG
 - « amusez-vous avec l'incertitude »,
 - « trouvez du plaisir dans l'incertitude et non de la souffrance ! »
 - Connaître les déterminants de la prise de décision dans les situations d'incertitude pour pouvoir mieux le communiquer au patient
 - L'incertitude comme *lieu du progrès car lieu de réflexivité*
 - L'incertitude doit nous inviter *à écouter le patient* sous tous ses modes (son ressenti, ses représentations), *et à s'écouter soi* (gut feelings, tolérance personnelle)

Renforcer la notion de travail perso : la travailler pour mieux la tolérer !

- ***Travail de thèse : ne pas en parler + questionnaire en fin de stage pour réévaluer***

Après la séance :

Envoi par mail de bibliographie complémentaire si intérêt

Evaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress liée à l'incertitude (PRU) chez des internes en stage de médecine générale.

CONTEXTE : L'incertitude est omniprésente en médecine générale (MG) et la tolérance des médecins face à cette incertitude conditionne leurs prises de décisions. Pour améliorer cette tolérance et ainsi la qualité des soins, des auteurs proposent de développer une formation spécifique sur l'incertitude aux étudiants en MG.

OBJECTIFS : Évaluer l'intérêt d'un enseignement sur l'incertitude chez des internes en stage de MG, faire un état des lieux de cet enseignement dans les DMG de France, évaluer les besoins en formation sur ce sujet, évaluer l'impact du stage ambulatoire sur la tolérance à l'incertitude.

METHODE : Nous avons mené une étude interventionnelle contrôlée randomisée chez des internes de MG en stage ambulatoire. Nous avons comparé les scores de PRU du groupe formé à ceux du groupe contrôle 5 mois après la formation par un t test.

RESULTATS : L'échantillon de population recueilli n'était pas suffisant pour mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes. Cependant on a pu observer une tendance à la diminution des scores des principales sous-échelles du PRU dans le groupe formé. Le stage en ambulatoire améliorerait la tolérance des internes à l'incertitude (diminution des scores de toutes les sous-échelles du PRU). Hormis quelques exceptions, il n'existait pas d'enseignement spécifique sur ce sujet dans les DMG alors que la majorité des internes était intéressée pour recevoir une telle formation.

CONCLUSION : Le développement de l'enseignement de l'incertitude dans les DMG apparaît comme un moyen efficace pour améliorer la tolérance et la gestion de l'incertitude chez les jeunes médecins.

Mots clés : incertitude, médecine générale, étudiant

Uncertainty in the consulting room : Evaluating the impact of a training taught to future General Practitioners in order to help them alleviate the stress generated by uncertainty in their medical practice by resorting to a specific scale of measure to assess levels of stress (PRU).

CONTEXT : Uncertainty is a widespread phenomenon among General Practitioners, and the (in)capacity of physicians to handle it significantly shapes their decision-making processes. In order to improve the GPs' ability to deal with it and thus improve the quality of medical care, some have proposed to design a specific training on uncertainty for medical students.

OBJECTIVES : Evaluate the interest of a training on uncertainty on medical students ; Take stock of other potentially similar initiatives already existing in France ; Assess the need for training on the topic ; Evaluate the impact of a short training sessions on the tolerance to uncertainty.

METHODS : We have conducted a randomized-controlled study on students being trained to become GPs having who attended a training session on uncertainty. We have compared the PRU scores obtained by the group having attended the training session with the control group.

RESULTS : The sample analyzed was not large enough to detect a meaningful difference between the two groups. However, it has been possible to observe the trend of a diminution of scores in the main subscales of the PRU among trained individuals. The training session thus appears to have had a positive impact by improving the tolerance to uncertainty of future GPs. At the time of this study, there was no, except a very few exceptions, other training session on uncertainty dedicated to future GPs – while the majority of students expressed an interest for such a training.

CONCLUSION: Developing training sessions on uncertainty in medicine faculties appears as an efficient means to help young GPs improve their tolerance to uncertainty, and hence improve medical care.

Keywords : uncertainty, general practice, student

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06